Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Dreizehnter Jahrgang 1911/1912.

Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Abbauvorgänge im Nervensystem 479, 515
Abtreibung der Leibesfrucht 188; 263
Adalin 116, 137, 180, 181, 188, 189, 281
Agilität 283
Albrecht, Fall A. 251, 271
Alkoholabstinenz, Prämien 55; 296; in Anstalten 333
Alkoholkranke, Heilstätte für A., Waldfrieden 311, 348
Alkoholismus 67
Aluminiumgeschirr 200
Anstalten für Psychischkranke, von Laehr 485
Anstaltsärzte 363, 387 (Mangel); Ärztinnen 364; Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber 371; der Gesellschaft gegenüber 381; angebliche Befangenheit 407; als gerichtliche Sachverständige 467; Gehalts- und Anstellungsverhältnisse 481, 518; ärztlicher Dienst 310; s. a. Standesangelegenheiten, Attentate
Anstaltsbeobachtung, gerichtl. (§ 81 StPO.), ausgeschlossen, solange objektive Merkmale der Straftat fehlen 27; Ablehnung 27; keine Beschwerde zulässig 27; freiwillige A.-B. 28
Anstaltsorgel, Selbstspielvorrichtung 200
Antipsychiatrisches 157 (Melzer), s. auch Standesangelegenheiten; 160, 234, 251; 445
Antituman 446
Arterienverkalkung 295
Ärzterecht, deutsches 188, 296
Aspirin bei Psychosen 369
Assoziationsprüfungen bei Epilepsie, Katatonie, Manie 508
Attentat auf Direktor Dr. Haßmann 226, auf Dr. Orczynski 540
Auffassung, Prüfungsmethode 76
Aufnahmeverfahren 308, 432
Augendiagnose und Kurpfuschertum 228
Augenspiegel, Thornerscher Hand-A. 20

Baden, Statistik 47; Irrengesetz 402, 527
Bäder, Dauerbad, Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur 209, 312; Furunkel, Ohrentzündungen 320, 329, 330, 335; Ozetbäder 335
Bangour Village 215
Bayerische Psychiater, Jahresversammlung 540
Bazillenträger 321
Bedburg 315
Behandlung, Narkotika 334, 335
Beköstigung 333
Beleuchtung 319
Berlin, Fürsorgestellen 46, 156
Berufsgeheimnis 26
Beschäftigungstherapie 331
Bethlem, Anstalt in London 216
Bettbehandlung 329
Betten, Patent-B. in Wiesloch 311
Bewegungsvorgänge, willkürliche, graphische Darstellung 508
Bewußtseinsstörung 100
Bodelschwingh 273
Bodmann, Minister Frh. v., Ehrendoktor der Medizin 337
Brandenburg a. H., neue Anstalt 506, 518
Bromkalziumharnstoff bei Epilepsie 388
Buch, neue Anstalt 424

Chorea, chronische, progressive 157
Conradstein, Typhusepidemie 257, 526

Dementia praecox, Pupillenstörungen 175
Degeneration, Zell- und Antikörper 36
Denkmünze der Gesellschaft deutscher Nervenärzte 337
Desinfektoren, Leitfaden 157
Deutsch-Eylau, neue Anstalt 506
Diabetes, Fermozyltabletten 98
Diplosal 189
Dipsomanie 123
v. Dungernsche Modifikation der Wassermannschen Methode 191, 201, 389
Düsseldorf, Aufhebung der Departementalanstalt 66, 301
Dysenterie 320, 321

Eberswalde, Erweiterung 506
Eglfing, Kosten des technischen Betriebs 196
Ehe, Nichtigkeit wegen Geistesstörung bei Eingehung 63, 64; Hypochondrie und Frömmelei kein Scheidungsgrund 64; Geistesstörung als Ehescheidungsgrund in Frankreich 227; Ehescheidung wegen Geistesstörung § 1569 BGB. 505
Eickelborn 7
Eidesfähigkeit 2
Einsicht, § 57 StGB. 2
Einwanderung Geisteskranker etc. in Nordamerika 171
Entlassungsverfahren (Kutzenberg) 345, 432; gegen Revers, Erfahrungen dabei 536
Entmündigung 34, 35, 65, 71; österreich. Gesetzentwurf 407
Entweichungen 444
Entwicklung des menschlichen Geistes 361
Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik 87
Epikurs, Philosophie der Lebensfreude 425
Epilepsie, im Altertum 316; Behandlung 334; Bromkalziumharnstoff 388; Eleptin 395, 425; traumatische E. 503, 506

Ernährung 332
Erysipel 336
Esposito, Dr., tödlich verunglückt 445

Fahrlässigkeit, § 230 StGB. 3, 4; § 276 BGB. 42
Familie, eine geistesgestörte 179
Familienforschung, Vererbungslehre, Rassenhygiene, Kurs 187, 435
Familienpflege Geisteskranker 7, 18; 317 (Norwegen); 336, 345
Fermocyl 98, 446
Feuerwehr, Anstalts- 349
Fleischlose Küche 199
Fluinol 335
Förstersche Operation bei Rückenmarkserkrankungen 505
Fortschritte des Irrenwesens, Bericht von G. Werner 297 usf.
„Freiheitsberaubung", durch Internierung in der Anstalt, § 239 StGB. 3; 42, 65, 105, 124, 157, 160, 214, 234, 251, 350, 351
Freiluftbehandlung 329; Freiluftbäder 330
Freiwillige Aufnahme 308
Friedrichsberg 179
Fürsorgeerziehung 1; 277 (Helenenhof); 311, 402, 405
Fürsorgewesen 188
Furunkulose 335
Fußbodenbelag 312

Galvanisation bei Neurosen 511, 528
Gärtnerische Anlagen 319
Gedächtnistätigkeit, Analyse 477
Gefangenenbefreiung in Irrenanstalt 2, 368; 86, 103; 207
Gefängniswesen 67
Gehälter 18, 45, 66, 286, 481, 518
Gehirn, Naturwissenschaft und G. 56
Geisteskranke, gefährliche 5; Entweichungen, lehrreicher Fall 135; G. als Zeugen 26; Zustellung von gerichtlichen Ladungen an Anstaltskranke 27; G. als Gefangene in der Anstalt auch nach Entlassung aus der Strafhaft 28; Fürsorgestellen für entlassene G. in Berlin 46, 156; in Essen 179; Geldunterstützungen für solche 78
Geisteskrankheit, Erkennbarkeit für Laien (§ 445 ZPO.) 71
Geistesschwäche, Geschäftsunfähigkeit 35
Genealogie 75
Gesundbeten 387
Gesundheitsgewissen, Defekt 84
Gitter 310, 312
Günzburg, neue Anstalt in Schwaben 66
Gütersloh, neue Anstalt 7
Gynäkologische Läsionen bei Selbstmordmanie 424

Haftpflicht 41, 42, 43, 63; haftet die Irrenanstalt für Selbstmord 445; für Unfall 463
Hagen, Fall H. 234, 295, 351
Hausindustrie in der Anstalt 189, 331
Heilgymnastik 330
Heilpädagogik, Enzyklopädisches Handbuch 87
Heilungsaussichten in der Irrenanstalt 365
Helenenhof (Fürsorgeerziehungsanstalt) 277
Herborn 7
Heredität 75
Hilfsschule in München 526
Hilfsverein für Geisteskranke 115 Sachsen, 179 Rheinprovinz, 496 Baden
Hirnforschungsinstitut, Hirnmuseen 77
Hirngewicht bei Geisteskranken 289, 390
Hirnkrankheiten, Todesarten und -ursachen 507
Hitzig-Stiftung 486
Hoffmann-Brunnen in Frankfurt a. M. 199
Homosexuelle, berühmte 136
Homosexualität 388
Honorar für ärztliche Auskunft 416
Hydrozephalus internus 137
Hygiama 52
Hygieneausstellung, internationale, in Dresden 89
Hygienische Speichereinrichtung 57
Hypnotismus 136
Hysterie-Typen 16, 76, 83, 255; H. des Mannes 263; geschichtlich (Stigmata) 529

Idiotie, Einteilung 391
Indiana Hospital 226, 417
Induziertes Irresein 179
Infektionskrankheiten in Anstalten 319, 320
Insolation, Nervensystem und I. 227
Insterburg, Irrenabteilung an der Strafanstalt 261
Jodglidine 405
Jodipin 465
Irrenanstalten, Tötung eines Geisteskranken durch einen anderen 156; Brand 179 (Kosten), 199 (amerikanische Anstalt); Typhus 257; Überfüllung 308, 331; Stellung und Kontrolle 325; freier Ausgang f. Kranke 333; Festlichkeiten 334; Unglücksfälle 389, 445, 526; Bewahrungspflicht (bundesamtliche Entscheidung) 457; Haftpflicht 463
Irrenärzte, s. Standesangelegenheiten, Anstaltsärzte, Attentate
Irrenärztetag, österreichischer 1911 262, 295
Irrengesetze, Vergleiche 397; österreich. Irrengesetzentwurf 407; badisches Irrengesetz, Erfahrungen damit 527
Irrenpflege vom Standpunkt des Amtsarztes 419
Irrenreformbewegung 160, 285
Isolierung 330, 368
Isolierzimmer 311, 319
Jugendliche Nervenkranke, Sanatorium 8

Kardiophon 76
Kinder, gebrechliche, schwachsinnige, taubstumme, epiletische in Appenzell 417
Kinder als Zeugen 27, 296
Kohlensäurebäder 330
Kolozsvár (Klausenburg), psychiatrische Klinik 107
Konflikte der kindlichen Seele 147
Kongreß, internat. Irrenfürsorgekongreß 1912 527
Kongreß, internat. med. in London 1913 445
Kongreß der russischen Nervenärzte und Psychiater polizeilich geschlossen 271
Königsberg, psychiatrische Klinik 55
Konservenkrug 207
Konstanz, neue badische Anstalt 285
Korrigenden, psychiatrische Untersuchung 394
Kortau, Anstaltsfeuerwehr 349
Kosten, Feuer in der Anstalt 179
v. Krafft-Ebing-Biographie 337
Krankenpflege, Leitfaden 227

Krebsbehandlung, Antituman 446
Kriminalanthropologie, internat. Kongreß 1911, 269
Krohnes Jubiläum 394
Küche, fleischlose 199
Kufekes Nährpräparat 205, 436
Kurpfuschertum und Augendiagnose 228

Laboratorien 311
Lagerung der Kranken 313
Landarmenhäuslinge, psychiatrische Untersuchung 394
Lezin 378
Lezithin 56, 416
Lindenhaus, Hundertjahrfeier 237, 285, 324
Lipojodin 157
Liquor Bellostii 4, 15
Lohr, neue Anstalt 194, 424
Londoner Anstalten, Berichte 286

Magnetische Gesetze, die Offenbarung des Lebens 295
Manisch-depressives Irresein, psychogene Momente 84; 288, 458
Matratzen-Auflage und Kissen aus Patentgewebe 199
Matteawan, Anstalt, Bericht 287
Mechanische Beschränkung 331
Medizinalpraktikanten 365
Mendel-Monument 136, 146
Merkfähigkeit, Prüfung der Methode 76
Minderjährige, Erwerbsgeschäft, Dienstvertrag 35
Ministerialerlaß, preuß., vom 24. März 1911 betr. Übergang der Medizinalverwaltung an das Ministerium des Innern 44; vom 8. Juli 1911 betr. Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken- etc. Anstalten 258
Möbiusstiftung 214; Möbiuspreis 444, 479
Mord, bei Tötung im Affekt ausgeschlossen 2
Muggensturm, neue Anstalt in Baden 527
Musik und Nerven 508
Muskeldystrophie, progressive, Schwachsinn 9, 426
Mystik 75

Narkotische und Schlafmittel, Kombinationen 506
Naturwissenschaft und Gehirn 56
Nervenkrankheiten, Nährmittel 52; Nukleinstoffwechselstörung 459
Nervensystem 67; Krankheiten des N.s des Kindesalters 188; N. und Insolation 227
Nervenzentra, Funktion (Bechterew) 234
Neuralgien 507
Neurasthenie 405
Neuroglia 479
Neurologie, Einführung 179; Trennung von Psychiatrie 464
Neurosen, Galvanisation 511, 528
New York, Bericht über die Irrenanstalten 395
Niederösterreichische Landesirrenanstalten 300
Nordamerika, Einwanderung Geisteskranker etc. 171
Norwegen, familiäre Irrenpflege 317
Nukleinstoffwechselstörung 459
Nukleogen 463

Obrawalde 7
Odium psychiatrikum 381
Ogdensburg, St. Lawrence State Hospital 226
Opiumkur 335
Ozetbäder 335

Paralyse, progr., Liq. Bellostii als Harnreagens 4, 15; Behandlung 335; Gehörstäuschungen 506, 528; Lues 458; Rückgang der Paralytiker 390; Diagnose Eiweißbestimmung im Liquor zerebrospinalis 390
Paranoide, Erkrankung, nach Trauma 137; bei Sklerosis multiplex 139
Paratyphus 320
Pflegepersonal, Unfallversicherung 37, 386; Ausbildung 86, 367; Streik 97, 368; weibliches bei männlichen Kranken 97, 386; Organisation 124; Lohnordnung in Berlin 136; ärztliche Behandlung der Familien der Pfleger 386; Tötung eines Pflegers durch Geisteskranke 526; Auszeichnungen 367; Pflegerinnenheime 367; Nachtruhe 367; Dienstkleidung 367; Gehälter 366; Wechsel 365, 366; Pensionsansprüche 366; Wachen 367; Gesundheitszustand 385; Bestrafung wegen Beihilfe beim Entweichen 368; Pflegerwohnhäuser 337, 366
Pflegschaft, Beziehung zur Stellung des Strafantrags 1, 2; bei Rentenfeststellung 73
Physiognomik 337
Polizeibeamte, Unterweisung in der Erkennung Geisteskranker 525
Polizeihunde, Verwendung in der Irrenanstalt 526
Pommersche Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie 505
Presseangriffe, Abwehr 313, 358, 375, 415
Privatkrankenanstalt, Definition, § 30 Gewerbeordnung 73
Pseudodysenterie 320
Psychiatrie, Zur Geschichte der P. 449, 500; im 18. Jahrhundert 211; Psychiatrie im Roman 424
Psychiatrie, gerichtliche, Entscheidungen 1, 26 usf.; Kurs 444; strittige Fälle 467; P. und Strafrechtspflege vor 75 Jahren 24
Psychiatrische Abteilung des Reichsgesundheitsamtes 31, 427
Psychiatrische Aufgaben des praktischen Arztes 263
Psychiatrische Gesellschaft in Petersburg, 50jähriges Jubiläum 485
Psychiatrische Hygiene 268
Psychische Mängel als Strafausschließungsgrund 99
Psychische Störungen und Trauma 104
Psychoanalyse 28, 75, 136, 137, 147, 188, 271, 295, 296, 377, 390, 425, 497, 507
Psychogalvanischer Reflex 75, 76
Psychogene Krankheitszustände 76
Psychologie des Hasses und der Versöhnung 137; Psychologie und Psychopathologie des Dichters 405; Psychologie, gerichtliche, Kurs 444; Psychologie, Universitätsinstitut für experimentelle, in Wien 187; in Moskau 444
Psychologische Untersuchungsmethoden 73
Psychoneurosen 263
Psychopathische Grenzzustände, Nomenklatur 229
Psychopathische Konstitutionen, soziologische Bedeutung 66
Psychosen, künstliche Frühgeburt 188; feinere Histologie 479, 515
Pupillenstörungen bei Dementia praecox 175

Querulanten, klinisch und forensisch 103
Quecksilberglidine 508

Rede, Störungen der R., bei Geisteskranken 133
Reflex, Patellarreflex, Reflexzeit 76

Reichenberger Rutschtuch 378
Revision bei Freisprechung wegen Geisteskrankheit unzulässig 27
Reye, Nachruf 499
Rheinau 18
Rindenlokalisation 114
Roderbirken, Erweiterung 220
Rosenbachsches Tuberkulin 509
Ruhr s. Dysenterie 320

Sachsen, Königr., Irrenanstalten, Bericht 234; Neuordnung der Irrenfürsorge 434, 517
Sachverständigentätigkeit 26, 27, 28, 43, 65, 66, 71, 72, 392, 394, 416, 467
Salvarsan, bei syphilit. Nervenleiden 39, 142, 183, 187, 335, 497; Wirkung aufs Auge 253
Sander, 50jähriges Jubiläum 55
Sauerstoffbäder 330
Sauerstoffwirkung 369
Schadenersatz 36
Schlaf- und Ruhehallen, öffentliche 187, 202, 219
Schlafmittel, Kombination 506
Schottland, Anstaltenbericht 287
Schülerselbstmord 295
Seele, von der S. 78
Segantini 425
Seifenpulver 426
Selbstbefreiung aus nervösen Leiden 477
Selbstbeschädigungen 389, 390
Selbstmord, in der Anstalt 389; bei gynäkolog. Erkrankungen 424
Shakespeares große Verbrecher 360
Siechenkost 332
Sinnestäuschungen, Psychologie der S. 133
Sklerosis multiplex bei Paranoia 139
Sondenfütterung 332
Sonnenbad, heizbares 311
Sonnenstein, Jahrhundertfeier 114, 127, 166
Sotopan 446
Spiritismus 136
Sprache, Störungen der S. 188
Spuren, interessebetonter Erlebnisse 507
Stackeln, Anstalt 97
Stammliste der Geisteskranken 94
Standesangelegenheiten 42, 69, 73, 105, 124, 157, 160, 234, 265, 313, 358, 407, 415
Statistik 7, 47 (Baden); 85, 94 (Stammliste); 196 (Württemberg); 302, 307, 417
Steinhof, Anstalt bei Wien 309
Stigmata diaboli 529
Stirnmuskelbewegung 137
Strafantrag, Stellung bei Geistesschwachen 1
Strafausschließungsgrund, psychische Mängel 99
Strafbarkeit, Einsicht bei Jugendlichen 1
Strafgesetzbuch, Vorentwurf 85, (Leitsätze dazu des Deutschen Vereins für Psychiatrie) 99
Strafvollzug 67, 85
Stralsund 506
Strecknitz, neue Anstalt bei Lübeck 198
Syphilis, hereditäre 360
Syphilitische Nervenleiden, Salvarsan dabei 39

Taschinen, mandschurische 255
Tatbestandsdiagnostik 507
Technischer Betrieb einer Anstalt (Eglfing), Kosten 196
Todesursachen bei Geisteskranken 309
Traum, Tod, Wahnsinn 405
Trauma und psychische Störungen 104
Trinkerfürsorge 348, 393
Tropakokain 264
Trunkenheit, Zeugnisfähigkeit 26; Bestrafung 102
Trunksucht, Entmündigung, Vormund hat über Aufenthalt zu bestimmen 65; versicherungsrechtlich 72, 85, 86 (im Strafgesetzbuch)
Tuberkulose 309, 319; Rosenbachs Tuberkulin 509
Türpuffer 486
Typhus 257, 321, 335

Unfall, versicherungsrechtlich 72
Unfallneurose 42, 43
Untersuchungskasten für schwachsinnige Kinder von Weygandt 28
Unzucht, widernatürlich, § 175 StGB. 2
Ureabromin bei Epilepsie 388, 473
Ursachen der Geistesstörungen 309

Ventilations-Zentralheizung 235
Verbrecher, Verlauf chronischer Psychosen 149; geisteskranke, Verwahrung 195, 261, 311, 379; 339 (in Österreich); 391, 393, 444, 506; V. bei Shakespeare 360
Verein für Psychiatrie, deutscher V. 19, 73 (Versammlung in Stuttgart 1911) 527, bayer. Psychiater 540
Veronal 264
Verpflegungsvertrag ist Dienstvertrag 42
Verwirrte, Umgang mit 516

Wagner, Richard 296
Wahnbildung, Mechanik 113
Waldfrieden, Trinkerheilstätte 348
Wassermannsche Methode 191, 201
Wasserstoffsuperoxyd 389
Weberei 332
Wernickes Einfluß auf Psychiatrie 103
Westfalen, neue Anstalt 7
Willenserklärung Minderjähriger 35
Willensfähigkeit bei Jugendlichen 1
Willensfreiheit 1, 295
Willensbestimmung, freie 85, 100
Wissenschaftlich-humanitäres Komitee 388
Wohnsitz bei Geistesschwachen 35
Wöllershof, neue Anstalt 198
Württemberg, Entwicklung der Irrenfürsorge 36; Irrenstatistik 196

Zahnbehandlung 335, 386
Zellenfrage 368
Zinzendorf, Graf Ludwig 136
Zurechnungsfähigkeit 1, 3, 4, 392; 102, 305 (verminderte).

Berichtigung.

Auf Seite 194 oben, hinter dritter Zeile, rechte Spalte, muß zugesetzt werden: Schluß folgt.

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Abraham 425
Alter 237, 286
Alzheimer 479, 515
Aschaffenburg 102
Aub 263 511
Auerbach 427
Autengruber 371

Baginski 296
Bauer 296
Bechterew 234
Becker 69, 179
Behr 97
Bergmann 477
Berliner 137
Bernard 503
Beschoren 295
Beyer 159, 313, 375
Beyershaus 137
Birnbaum 24, 229
Blachian 194
Bleuler 271
Blumenfeld 288
Böck 358, 379, 385, 431, 467
Böhmig 473
Bonhöffer 76
Börger 426
Boruttau 405
Bossi 424
Böttcher 191, 201
Braun 189
Bresler 39, 142, 183, 497
Brodmann 114
Browning 405
Brückner 187
Buder 124

Camerer 36
Cohn, H., 15
Cramer 85, 101, 465, 477

Dannemann 87
Dejaco 339, 385, 431
Delbrück 102
Deventer, van, 5
Dobrick 265, 381
Dolle 295
Dubois 263

Eisath 397
Eulenburg 180

Fauser 133, 525
Feerhow 405
Filaretopules 465
Fischer, M. (Wiesloch) 47
Fischer, Ph., 388
Flatau 180
Flemming 369
Fomenko 255
Förster 281
Fournier 360
Frank 377
Franqué, von, 188
Freud, S., 188, 271
Friedländer (Hohe Mark) 86
Fröhlich 189
Fuchs, W., 175

Gali 389
Gallus 277
Gaupp 83, 102
Graf 296
Gutzmann 188

Häckel 505
Halbey 171, 506
Hartwich 459
Heinicke 500
Heller 316
Helm, von der, 124
Hennes 8, 116
Herting 449
Hinrichsen 405
Hirschfeld, Magnus, 388
Hoppe 388
Horch 188
Horstmann 506
Hübner 103

Jennicke 289
Jentsch 283, 508
Igersheimer 253
Ilberg 166
Joachim 188, 296
Jung 147

Kabisch 425
Kalischer 188
Kerris 516
Kilian 508
Kleist 133
Klepper 507
Klett 137
Klinke 189
Kohler 509
Kohnstamm 84
Kolb 7
Koller 417
Korczynski 445
Korn 188, 296
Kräpelin 73, 85
Kürbitz 89
Kußmaul 188

Lachmund 9, 139
Lähr 485
Lechner 107
Lewitt 508
Licmann 419
Liepmann 84, 103, 234
Lilienstein 76
Linke 149
Lipmann 507
Liszt, v. E., 263
Löb 157
Lombroso 136
Löwenthal 84

Markuse 199
Melzer 157
Mercklin 219, 505
Meyer 104, 264
Meyer, S., 16
Möli 99, 157, 168
Moll 136
Monakow, v., 77
Mönkemöller 211
Müller 477

Neißer 84, 102, 444
Nerking 416
Neumeister 506
Nießl, v., N.-Mayendorf, 113
Nogke 337

Österreich, K., 446

Pappenheim 123
Pawlow 56
Pfahl 509
Pfister 136, 137
Plaut 509
Pollitz 67

Rehm 84, 415
Reinhardt 507
Rein 209
Reiß 181
Riklin 18
Römer, H., 94
Roth 389
Roubitschek 389

Sapatsch 264
Scheidemantel 137
Schelling 507
Schleich 78
Schmidt 425
Schneider 368
Schnopfhagen 385
Schober 87
Schröder 481
Schüle 496
Schultze, E., 157
Schulze 87
Schurig 305

Schwartz, W., 4
Schweighofer 358, 385, 407, 426, 432
Seelig 157
Seligmann 228
Seemann 52
Serbsky 271
Siemens 73
Snell 7
Sobernheim 157
Sommer 31, 73, 84, 137 159, 187, 202, 435, 444, 507
Specht 7
Starlinger 325, 402
Steinbrecher 137
Steinhausen 227
Stelzner, Helene Friederike 66
Steyerthal 529
Stranski 458

Thiemich 188
Tomaschny 506, 536
Topp 205
Traugott 189

Velden, von den, 157
Verworn 361
Violette 227
Vitzthum von Eckstädt Graf, 167
Vorkastner 1, 26
Vorschulze 395

Waldvogel 36
Weber, G., 127, 168
Weiler 76
Werner, G., 297
Wetzel 76
Weygandt 28
Willmanns 102
Wingard 318
Witthauer 227
Wörner 199
Wulffen 360
Würzburger 159

Zander, R., 67
Zappert 188
Ziegelroth 295
Zingerle 263

—ynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 1. 1. April **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X. Von Priv.-Doz. Dr. W. Vorkastner, Greifswald (S. 1.) — Liquor bellosti i als spezifisches Harnreagens bei Paralysis progressiva. Von Dr. Willy Schwartz, Uchtspringe. (S. 4) — Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken. Von v. Deventer, Amsterdam. (S. 5) — Mitteilungen (S. 7.): 28. Deutscher Kongreß für innere Medizin. Verein bayerischer Psychiater. Provinz Posen. Hessen-Nassauische Landesheil- und Pflegeanstalt Herborn. Westfalen. Neue Anstalt in Bonn. — Personalnachrichten (S. 8.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

I. Strafgesetzbuch.

§ 48.

Der bloße Umstand, daß der Sohn des Angeklagten erst elf Jahre alt war, schloß zwar seine Bestrafung, keineswegs aber mit rechtlicher Notwendigkeit das Vorliegen einer von ihm begangenen strafbaren Handlung und einer vom Angeklagten begangenen Anstiftung zu derselben aus. Vielmehr war dies nur unter der weiteren Voraussetzung der Fall, daß nach der Annahme der Strafkammer dem Sohne des Angeklagten die zur Verübung der Straftat erforderliche Willensfähigkeit seines jugendlichen Alters halber noch nicht beiwohnte und ihm deshalb ein strafbarer Vorsatz nicht beizumessen war. (RG. IV, Urteil vom 17. Dezember 1909.)

D. R.*) Entsch. Nr. 443.

§ 49.

Beihilfe einer Person unter 18 Jahren. Ob eine Person unter 18 Jahren, der die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht fehlt, als Gehilfe oder als Werkzeug gedient hat, hängt allein davon ab, ob die regelmäßigen Voraussetzungen der Beihilfe oder der mittelbaren Täterschaft gegeben sind, während grundsätzlich sowohl das eine wie das andere möglich ist. (RG. III, 10. Dezember 1908.)

Jahrbuch für Strafrecht pag. 12/13.

§ 51.

Für das Vorhandensein der Zurechnungsfähigkeit des Täters besteht keine gesetzliche Vermutung. Der Richter hat die Überzeugung von dem Vorhandensein dieser Schuldvoraussetzung ebenso in freier Beweiswürdigung aus dem Ergebnisse der Hauptverhandlung zu schöpfen, wie die von dem Vorhandensein eines jeden anderen Tatbestandmerkmals. Es genügt nicht, daß ihm der Beweis der Unzurechnungsfähigkeit mißlungen scheint, sondern er darf nur dann verurteilen, wenn er an der Zurechnungsfähigkeit keinen Zweifel hat. (RG. V, 4. März 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1303.

§§ 51, 257, 259.

Ist der Dieb gemäß § 51 StGB. strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen, so liegt weder eine „strafbare Handlung“ im Sinne des § 259 noch ein „Verbrechen oder Vergehen“ im Sinne des § 257 StGB. vor. (RG. V, 15. April 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1859.

§ 56.

Das Gericht hat nur die Wahl zwischen der Überweisung des Angeklagten an seine Familie einerseits und der Anordnung seiner Unterbringung in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt andererseits; ob im letzteren Falle die Unterbringung des Angeklagten in einer Erziehungs- oder in einer Besserungsanstalt angemessen sei, unterliegt der Entscheidung der Verwaltungsbehörde, der in dem Urteile nicht vorgegriffen werden darf. (RG. IV, 22. Januar 1909.)

Jahrb. pag. 18.

§§ 61, 65.

Geistesschwache Personen bleiben, solange sie nicht entmündigt oder unter vorläufige Vormundschaft

*) Das Recht.

gestellt sind, geschäftsfähig, auch wenn sie gemäß § 1910 BGB. unter Pflegschaft gestellt werden. Hiernach ist eine geistesschwache Person sowohl selbst wie ihr Pfleger zur Stellung eines Strafantrags binnen der dreimonatlichen Frist berechtigt, der Pfleger aber nicht als gesetzlicher Vertreter einer geschäftsunfähigen Person gemäß § 65 Abs. 2 StGB., sondern als gesetzlicher Vertreter einer geschäftsfähigen Person für diese und aus deren Recht. Daraus folgt, daß die im § 61 StGB. bestimmte Frist in der Person des Pflegers nicht von dessen im Laufe der Frist erfolgten Bestellung an von neuem zu laufen beginnt, sondern nur weiter laufen kann. (RG. IV, 18. März 1910.) D. R. Entsch. Nr. 1461.

§§ 120, 121.

Auf Anordnung der Polizeibehörde war ein Kranker als gemeingefährlicher Geisteskranker in der Landesheilanstalt untergebracht. Auf einem unter Aufsicht des Pflegers Ki. unternommenen Spaziergange begegnete er einer ihm bekannten Wäscherin K. und beschloß zu fliehen. Nach kurzem Widerstande gab der Pfleger nach und begab sich mit den beiden zunächst nach Frankfurt a. M. und dann nach Mainz. Daraufhin wurde Ki. wegen vorsätzlicher Gefangenenbefreiung vom Landgericht Wiesbaden zu einem Monat Gefängnis verurteilt. Den Einwand des Ki., er habe nicht gewußt, daß G. als gemeingefährlicher Geisteskranker auf polizeiliche Anordnung in der Anstalt untergebracht sei, erachtete das Gericht für unbeachtlich, da er, wenn er vielleicht auch keine direkte Kenntnis davon habe, doch infolge der warnenden Äußerungen der Ärzte, den Kranken auf das schärfste zu bewachen, mit der naheliegenden Möglichkeit hätte rechnen müssen. Ki. legte Revision beim Reichsgericht ein, aber ohne Erfolg. Der höchste Gerichtshof bejahte die Frage, ob G. als Gefangener anzusehen sei. Gefangene seien alle die Personen, welche in gesetzlich gebilligter Form aus Gründen der öffentlichen Sicherheit als gemeingefährlich ihrer persönlichen Freiheit beraubt seien. Das Rechtsmittel wurde verworfen. (Sächsische Korrespondenz.) Urteil des Reichsgerichts (I. StrG.) vom 5. Dezember 1910.

Zeitschrift für Medizinalbeamte, pag. 241.

§ 156.

Ob der jugendliche Angeklagte, der mit der im § 57 StGB. vorausgesetzten Einsicht eine Versicherung an Eidesstatt wissenlich falsch abgegeben hat, prozeßfähig war, ist für die Schuldfrage ohne Bedeutung; die Unkenntnis des Täters von den zivil- und strafrechtlichen Wirkungen seiner eidesstattlichen Versicherung schließt die Strafbarkeit nicht aus. Die Versicherung selbst verliert nicht ihren Charakter als eine den förmlichen Eid vertretende Bestärkung der Wahrheit einer bestimmten Tatsache, wenn sie von einer nicht prozeßfähigen Partei abgegeben wird. Aus § 473 ZPO. ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. (RG. V, 26. Januar 1909.)

Jahrb. pag. 40/41.

§ 163.

Als einzigen Umstand, aus dem nach der Auffassung der Strafkammer dem Angeklagten die von ihm vernachlässigte Pflicht erwuchs, mit der Möglichkeit eines andern Verlaufs des Vorfalls, als er ihn im Gedächtnis hatte, zu rechnen, führt das Urteil an, daß der Angeklagte bei dem Vorfall so erregt gewesen war, woraus geschlossen wird, der Angeklagte habe sich mit Rücksicht auf diese Gemütserregung sagen müssen, daß er den Vorfall nicht mehr genau in Erinnerung habe. Dann mußte aber auch festgestellt werden, daß der Angeklagte sich im Augenblick seiner Vernehmung als Zeuge dieser seiner gemütlichen Aufwallung beim Vorfall auch bewußt war. (RG. I, 14. Februar 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1182.

§ 175.

Irrtum des aktiven Teils über Geschlecht des passiven. Bei widernatürlicher Unzucht zwischen Männern wird die Bestrafung des passiven Teils nicht dadurch ausgeschlossen, daß der aktive Teil irrtümlich eine Frauensperson vor sich zu haben glaubt. Denn in subjektiver Hinsicht erfordert § 175 nicht, daß beide Personen mit strafrechtlichem Vorsatze gehandelt haben. (RG. II, 21. Mai 1909.)

Jahrb. pag. 48.

§ 175.

Ist die Handlung der Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebs mindestens des einen Teils zu dienen bestimmt, so genügt zur Annahme des Vorsatzes für den anderen, die Handlung duldenden Teil die Kenntnis von der wollüstigen Absicht des aktiven Täters, verbunden mit dem Willen, die beischlafsähnliche Handlung desselben zu dulden. Der Wille, daß der aktive Täter seine Geschlechtslust an ihm befriedige, ist nicht erforderlich. (RMG. II, 28. März 1908.) Jahrb. pag. 48.

§ 211.

Wo die Tötung im Affekt ausgeführt wird, ist die Bestrafung wegen Mords ausgeschlossen, und zwar selbst dann, wenn die Tötung mit Überlegung beschlossen war. Nur wenn der Täter bei der Ausführung in genügend klarer Erwägung über den zur Erreichung seines Zwecks gewollten Erfolg der Tötung,

über die zum Handeln drängenden und von diesem abhaltenden Beweggründe, sowie über die zur Herbeiführung des gewollten Erfolgs erforderliche Tätigkeit handelt, führt er die Tat mit Überlegung aus. Im Affekt aber handelt er dann, wenn ein die naturgemäße Aufregung dessen, der einen andern zu töten im Begriff steht, übersteigendes und das folgerichtige Abwägen der vorbezeichneten Umstände ausschließendes Maß der Gefühlserregung sein Tun beherrscht. (RG. IV, 26. März 1909.) Jahrb. pag. 64.

§ 230.

Ein Lokomotivführer, der infolge körperlichen Unwohlseins (Schlaftrunkenheit) während der Fahrt unfähig wird, die Haltesignale genau zu beachten, wie überhaupt die Obliegenheiten eines Lokomotivführers gehörig zu erfüllen, dagegen aber imstande ist, dieser Unfähigkeit sich bewußt zu werden, die hiernach gebotenen Maßnahmen (Krankmelden auf einer Station, Mitteilung an Heizer, damit dieser wachsam ist) rechtzeitig zu treffen und die Folgen ihrer Unterlassung vorauszusehen, handelt fahrlässig, wenn er trotz letzterer Voraussicht jene Maßnahmen unterläßt. (RG. II, 1. Dezember 1908.) Jahrb. pag. 70.

§ 239.

Die Witwe des San.-Rats Dr. B. in F. war am 30. Juni 1904 auf Veranlassung des Nervenarztes Dr. D. in die städtische Irrenanstalt zu F. verbracht worden und hatte sich von diesem Tage bis zum 18. Oktober 1904 daselbst befunden. Sie behauptete nun, daß Dr. D., sowie der Direktor der Anstalt Dr. S. und der Anstalts-Oberarzt Dr. W. sich gegen sie durch diese Internierung einer vorsätzlichen oder mindestens fahrlässigen Freiheitsberaubung schuldig gemacht hätten. Sie forderte deshalb, nachdem sie als geheilt entlassen worden war, im Klagewege Schadenersatz in Höhe von 3000 M. unter Vorbehalt weiterer Ansprüche. Alle drei Instanzen gelangten zur Klageabweisung. Das Reichsgericht führte aus:

„Dem Arzte als solchen kann ein besonderes Berufsrecht zu Eingriffen in die körperliche Integrität oder in die Freiheit eines Kranken bezw. Geisteskranken nicht zuerkannt werden. An sich muß daher die gegen den Willen des Kranken oder bei dessen Willensunfähigkeit die ohne Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters vorgenommene Entziehung oder Beschränkung der Freiheit als widerrechtlich gelten. Jedoch muß auch die Berufs- und Amtsstellung des Arztes in Rücksicht genommen werden. Hat der ärztliche Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt eine gegen ihren Willen der Anstalt als geisteskrank zugeführte Person in die Anstalt aufgenommen und dort zurückbehalten, so wird er einer Schadensersatzklage gegenüber zunächst nicht mehr als darzutun haben, daß die durch Gesetz oder Verwaltungsvorschrift aufgestellten Voraussetzungen für die zwangsweise Internierung eines Geisteskranken formell erfüllt waren. Dies gilt nun zwar nicht in gleichem Maße von jedem anderen staatlich approbierten Arzte, der einen Patienten einer Irrenanstalt überweist, diesen gewaltsam dorthin verbringt oder verbringen läßt. Immerhin ist auch diesem Arzte zur Rechtfertigung seines Eingreifens die Berufung darauf zu verstatten, daß triftige Gründe für ihn vorlagen, die ein solches Vorgehen als erforderlich erscheinen ließen, und daß er bei Beachtung der bestehenden Vorschriften eine — selbst gewaltsame — Unterbringung der Kranken in die Irrenanstalt für zulässig und geboten erachten durfte; wobei es dann freilich noch auf die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder der Angehörigen des Kranken ankommt. — Nach der Verwaltungsordnung der städtischen Irrenanstalt zu F. ist die Aufnahme der widerstrebenden Kranken und ihre Zurückbehaltung auch mit Gewalt zulässig, wenn nach dem Urteile des Arztes der Anstalt dringende Gefahr für die Kranken oder andere vorliegt. Mit diesem „Urteile“ ist ein eigenes, aus der vorläufigen Beobachtung des Anstaltsarztes selbst gewonnenes Urteil gemeint, wobei er aber auch Mitteilungen Dritter, namentlich vertrauenswürdiger Sachkundiger in Betracht ziehen darf. Jedenfalls ist nach der festgestellten Sachlage das Verfahren der Anstaltsärzte nicht als widerrechtlich zu bezeichnen. Aber auch der Nervenarzt Dr. D. ist nach Lage der Sache vermöge seiner ärztlichen Berufspflicht und seiner daraus erwachsenen Beziehungen zu der Klägerin berechtigt, wenn nicht sogar verpflichtet gewesen, bei Gefahr im Verzuge sofort einzugreifen (sie hatte Mitte Mai bereits einen Selbstmordversuch begangen und später schwere Drohungen gegen ihren Gatten ausgestoßen, den sie erschießen wollte). Die weiteren Entschließungen konnte er dann ruhig den Anstaltsärzten überlassen. Keinesfalls kann auch ihm vorsätzliche, rechtswidrige oder fahrlässige Freiheitsberaubung zur Last gelegt werden. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 26. Mai 1910.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. S. 138.

§ 259.

Der Angeklagte hat einen Becher, den ein Zollaufseher im Zustande der Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit widerrechtlich aus einem Eilgutpaket entnahm und ihm gab, in Kenntnis der unredlichen

Herkunft angenommen und nach Hause getragen. Wenn er hiernach wegen Hehlerei nicht bestraft werden konnte, weil es an einer strafbaren Handlung als Vordelikt mangelt, so war doch zu prüfen, ob er sich durch seine Handlung nicht des Diebstahls oder der Unterschlagung schuldig gemacht habe. (RG. V, 18. Juni 1909.) Jahrb. pag. 84.

§ 259.

Gelangt das Gericht zu dem Ergebnisse, daß ein 9jähriger Knabe eine Sache durch eine Handlung an sich gebracht hat, welche sich auch in subjektiver Richtung als Diebstahl darstellt, so ist es nicht unzulässig, denjenigen, welcher nachträglich dem Dieb die Sache abbettelt, als Hehler zu erachten. (RG. III, 10. Dezember 1908.) Jahrb. pag. 84.

§ 316.

Einschlafen infolge eines plötzlichen und nicht voraussehbaren Zusammenbruchs der Kräfte ist keine Fahrlässigkeit. (RG. III, 18. März 1909.)

Jahrb. pag. 119.

(Fortsetzung folgt.)

(Aus der Landes-Heilanstalt Uchtspringe, Direktor Prof. Dr. Alt.)

Liquor Bellostii als spezifisches Harnreagens bei Paralysis progressiva.

Von Dr. *Willy Schwartz*, Assistenzarzt.

Auf Anregung von Prof. Alt habe ich die von Butenko*) und Beisele**) als Hilfsmittel bei der Diagnose der progressiven Paralyse beschriebene Reaktion des Harnes mit Liquor Bellostii an dem hiesigen Anstaltsmaterial nachgeprüft.

Von 100 untersuchten Fällen waren 27 klinisch und serologisch einwandfrei festgestellte Paralysen. Die anderen 73 Harnproben stammten von Epileptikern, Idioten und verschiedenartigen funktionellen Psychosen, darunter vier mit luetischer Anamnese und positivem Ausfall der Wassermannschen Reaktion. An Medikamenten waren nur teilweise Brompräparate gegeben worden, in keinem Falle Jod, Sulfonal oder Trional, die nach Beisele die Reaktion störend beeinflussen.

Ich stellte die Reaktion streng nach den Vorschriften von Beisele an: Einige Kubikzentimeter Harn werden im Reagenzglase gekocht, dazu 10 bis 15 Tropfen Reagens (— 10 g Merkuronitrat, 88,6 ccm Aqua dest. und 24 Tropfen 25proz. Salpetersäure, lichtgeschützt aufzubewahren) hinzugegeben und noch zwei- bis dreimal aufgekocht. Der entstehende Niederschlag im Harne der Paralytiker soll grau bis grauschwarz, alle anderen Urinproben weiß oder weißgelblich gefärbt sein. Es wurden nur sauer reagierende Harne untersucht, da ein in ammoniakalischer Gärung befindlicher Harn aus Merkuronitrat schon in der Kälte schwarzes Quecksilberamid bildet.

*) Rußky Wratsch, 1910, Nr. 2 und Münch. mediz. Wochenschrift, 1910, Nr. 32.

**) Münch. mediz. Wochenschrift, 1911, Nr. 1.

Von den 27 Paralytikern hatten 6 Morphiumhyoszin, 2 Tinktura Strophanti, 20 überhaupt kein Medikament erhalten. Es fanden sich neun mit positiver Reaktion (sieben davon nahmen keine Arznei ein). Diese neun waren fast alle vollständig verblödet. Sie wiesen positiven Ausfall auf im Gegensatz zu Beisele, der bei Remissionen und vollständig verblödeten Paralytikern negative Reaktion fand. Die vier Geisteskranken mit luetischer Anamnese reagierten negativ, während von den übrigen 69 psychotisch Erkrankten 15 positives Resultat ergaben. Es handelte sich um elf Epileptiker, zwei Idioten, zwei mit Dementia senilis.

Die positive Reaktion tritt demnach auch bei nicht paralytischen Individuen häufig auf.

Ich schließe mich der Ansicht von Stern*) und Trapet-Wolter**) an:

Bei Paralyse findet sich die positive Reaktion zwar häufiger als bei andersartig physisch Erkrankten, jedoch kommt ihr eine spezifische Bedeutung keineswegs zu.

Schoenbein hat nachgewiesen, daß in jedem Harn reduzierende Substanzen in mehr oder minder reichlicher Menge vorhanden sind. Diese sind imstande, Merkuronitrat zu zersetzen. Übrigens ist Merkuronitrat (salpetersaures Quecksilberoxydul) eine labile, sehr unbeständige Verbindung. Sie zerfällt schon mit viel Wasser zu gelben, anomalen, basischen Salzen von sehr wechselnder Zusammensetzung.

*) Münch. mediz. Wochenschrift, 1911, Nr. 9.

**) Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift, 1910/11, Nr. 48.

Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken.

Von Dr. med. *van Deventer*, Staatsinspektor der Irrenfürsorge in Holland, Amsterdam.

Durch die Hinzufügung einer besonderen Abteilung für gefährliche und schädliche Irre zur modernen Irrenanstalt werden die durch Erfahrung gesammelten bekannten Schwierigkeiten auf die einfachste und praktischste Weise beseitigt.

An die Irrenanstalt, mit welcher eine besondere Abteilung für gefährliche und schädliche Irre verknüpft ist, müssen, sowohl was Bau, Einrichtung und Organisation als was Maßregeln zur Fürsorge und Sicherheit anbelangt, hohe Anforderungen gestellt werden. Immer muß man aber streben, den Aufenthalt der Patienten in den Sonder-Abteilungen soviel als möglich auf ein Minimum zu beschränken und die Zurückversetzung in die gewöhnliche Abteilung zu fördern. Die Anstalt muß komplett sein, muß den höchsten Anforderungen an Zweckmäßigkeit genügen, darf nicht zu groß und nur für etwa 500 Pfleglinge beiderlei Geschlechts bestimmt sein. Die Anstalt sei ruhig gelegen, hinreichend von den großen Verkehrsstraßen entfernt, jedoch nichtsdestoweniger bequem erreichbar; das Terrain sei abgerundet, übersichtlich, sowohl in seinem Ganzen als in seinen Teilen mit Inbegriff der Zugangsstraßen, eine Forderung, die für die verschiedenen Gebäude und sonstigen Gebiete dieselbe Geltung hat. Für genügende Trennung von der Umgebung muß, mehr noch im Interesse des Publikums als in dem der Patienten, Sorge getragen werden. Durch zweckmäßige Anlage der Beamtenwohnungen, der Kommunikations- und Dienststraßen werde die natürliche Aufsicht so viel als möglich gefördert. Die Anstalt sei einfach in Plan, Auffassung und Einteilung.

Jede Unterabteilung bilde ein auf sich selbst stehendes Ganze; das Pavillonsystem ist aus diesem Grunde angezeigt. Jeder Pavillon trage, sowohl in- als auswendig, das Kennzeichen seiner speziellen Bestimmung. Das rechte Gleichgewicht zwischen Zentralisation und Dezentralisation muß erstrebt werden; die Pavillons müssen zusammen ein harmonisches Ganze bilden. Für jede Abteilung muß eine Maximalanzahl Patienten festgesetzt sein, und jene Zahl darf niemals überschritten werden.

Auch in den geschlossenen Pavillons ist es wünschenswert, daß die Patienten möglichst wenig den Freiheitsmangel fühlen und aus den verschiedenen Sälen eine freie Aussicht haben. Sowohl optisch als akustisch müssen die Pavillons hinreichend voneinander entfernt sein.

Alles was Schaden, Geräusch, Unbequemlichkeit oder Hindernis verursacht, werde vermieden. Die Tag- und Nachtaufenthaltsräume müssen ein auf sich selbst stehendes Ganzes bilden, soviel als möglich ineinandergehen und übersichtlich sein, um die Kontrolle zu erleichtern und um nicht zu viel von den Kräften des Pflegerpersonals zu fordern. Eine horizontale Trennung, und zwar die Anlage der Tagaufenthaltsräume im Parterre; die der Nachtaufenthaltsräume im ersten Stockwerk, ist am empfehlenswertesten für die Abteilungen, wo Unterbringung der Patienten in den Stockwerken nicht kontraindiziert ist. Die Treppen müssen breit, gerade und wegen der Aufsicht im Parterre sowohl als auch im Stock durch eine Türe abgeschlossen sein; dadurch erhalten auch die Wandelgänge ein geselligeres und häuslicheres Ansehen. Im Hinblick auf Feuersgefahr verdienen doppelte Treppen — z. B. eine Haupttreppe und eine Diensttreppe — den Vorzug. Notausgänge, Feuerleitern und Rettungsschläuche usw., all dies kommt bei einer vorzüglichen Organisation der Feuerwehr, bei gut geschultem Personal in Betracht. Die Feuerlöschgeräte müssen stets gebrauchsfertig bereitstehen, die Spritzenschläuche an der Wasserleitung angeschraubt sein. Feuerfeste Unterfußböden, Treppen, Decken und Dach seien Forderung.

Sämtliche Lokalitäten müssen von einem breiten Korridor aus, welcher gleichzeitig als Wandelgang dient, direkt erreichbar sein. Auf der einen Seite dieses Korridors liegen die Tagaufenthaltsräume nebst dazu gehöriger Veranda, auf der andern Seite die Teeküche, Badezimmer und ferneren Diensträume.

Das Sonnenlicht muß frei zuströmen können, die Aufenthaltssäle gesellig und häuslich möbliert sein, und das Ganze muß einen ruhigstimmenden freundlichen Anstrich tragen.

Die A b t e i l u n g f ü r g e f ä h r l i c h e u n d s c h ä d l i c h e I r r s i n n i g e muß ein g a n z f r e i g e l e g e n e s G e b ä u d e s e i n, das von allen Seiten bequem zu übersehen ist. Auch bei der Parkanlage werde dem Rechnung getragen.

Für diesen Pavillon gelten, sowohl was Bau als Einrichtung anbelangt, dieselben Prinzipien wie für die übrigen Patientengebäude. Der Bau sei einfach und zweckentsprechend, fest und stark. Im Hinblick auf Feuersgefahr werde von feuerfestem Material in weitgehendstem Maße Gebrauch gemacht. Entschieden muß dem vorgebeugt werden, daß später Verstärkungen der Mauern, Türen oder anderen Nebenteile vorgenommen werden müssen. Die Patienten dürfen

keine Gelegenheit finden, Latten u. dergl. abzureißen. Blinde Vernagelung, ritzenlose Fußböden und Tuchschwellen sind empfehlenswert. Die vorzugsweise aus starkem Eichenholz angefertigten und mit nicht zu großen Füllungen versehenen Türen müssen breit sein, ganz nach außen aufgehen, damit mehr als ein Wärter zugleich das Zimmer betreten kann und der Patient sie nie verbarrikadiere; sie muß leicht geschlossen werden können. Riegel und Knippbügel, alles was unnötig den Eindruck des Einsperrens macht, muß vermieden werden. Das Tragen klirrender Schlüsselbunde ist also naturgemäß kontraindiziert; ein einziger Universalschlüssel an einer Schnur in der Hosentasche getragen, ist das einfachste und zweckmäßigste.

Alle Räumlichkeiten müssen direkt vom Korridor aus zu erreichen sein, nicht durch andere Gemächer. Dem Kontakte zwischen Patienten, welche nicht zusammen gepflegt werden, werde vorgebeugt.

Die Aufsicht werde durch das Anbringen glasdichter Trennungswände zwischen den einzelnen Lokalen gefördert; die in Betracht kommenden Türen und Wände seien mit Hartglas versehen. Die Separationsräume und alle Lokale, wo keine permanente Aufsicht herrscht, z. B. der Abort, müssen ganz übersehen werden können.

Die Fenster- und Scheibenverteilung muß derart sein, daß jede Gelegenheit, längs dieses Weges zu entfliehen, ausgeschlossen ist.

Die verschiedenen Installationen müssen soviel als möglich automatisch, gut regulierbar und außer Bereich der Patienten sein. Alles habe seinen Platz und seine Bestimmung; für guten Verschluß der Vorratskammer und anderer Lokalitäten werde gewissenhaft Sorge getragen.

Fahrstühle, Sturzröhren, Speicher, Tunnels, Kloaken, Erwärmungskeller, Räumlichkeiten unterhalb des Fußbodens dürfen nicht vorhanden sein, um den Pfleglingen die Gelegenheit nicht zu bieten, sich zu verbergen oder längs dieses Weges zu entfliehen.

Die Lokale müssen geräumig und übersichtlich und Tag und Nacht genügend erleuchtet sein.

Die Sonder-Abteilung sei für eine beschränkte Anzahl Pfleglinge bestimmt, damit Aufsicht und Observation möglichst intensiv sein können. Wünschenswert ist es, daß alle Gemächer im Parterre gelegen sind, die Tag- und Nachtaufenthaltsorte also vertikal getrennt.

Der Pavillon muß eine Wach- und Observationsabteilung, Tag- und Nachtaufenthaltsorte und Lokale für Arbeitsverschaffung aufweisen. Die Patienten müssen in kleineren Gruppen verteilt werden und die benötigten Nebenräume vorhanden sein.

An den Aufenthaltssälen können, anstatt der Veranden der gewöhnlichen Pavillons, geschlossene Veranden angebracht werden, von denen die Gelegenheit zur Flucht ausgeschlossen sein muß. Die Abteilungsgärten dürfen nicht, wie es in den gewöhnlichen Pavillons der Fall ist, unmittelbar von den Aufenthaltssälen aus zugänglich sein.

Hinsichtlich aller Personen, welche zur Sonder-Abteilung Zutritt haben, muß die gewissenhafteste Kontrolle ausgeübt werden. Im Hinblick hierauf darf nur ein einziger Zugang zu dieser Abteilung benutzt werden. Meiner Erfahrung nach wäre es am praktischsten, wenn ein Pförtnerzimmer eingerichtet würde, das beim Betreten der Abteilung passiert werden muß. In diesem Zimmer befindet sich permanent sowohl des Tags als auch des Nachts eine Wache, um die Personen, die die Sonder-Abteilung besuchen oder dieselbe verlassen, ein- und auszulassen. Das Zimmer hat gleichfalls zwei Glastüren, die einander gegenüberliegen und nie gleichzeitig geöffnet sein dürfen; die eine Tür gibt zur Eintrittshalle oder zum Vestibule, die andere zu der Abteilung Zutritt. Vom Pförtnerzimmer aus muß der zugehörige Wandelkorridor der Sonder-Abteilung ganz zu übersehen sein, beim Hereinbrechen der Dunkelheit muß für künstliche Beleuchtung gesorgt werden. Im selben Zimmer befinden sich die verschiedenen Signal- und Alarmapparate, und zwar ein Fernsprecher und eine Alarmglocke, unmittelbar im Bereiche des Pförtners. Der Fernsprecher muß sowohl des Tags als des Nachts mit dem Hauptgebäude der Anstalt in Verbindung stehen, kommunal und interkommunal angeschlossen sein. Täglich muß der Techniker sich überzeugen, daß diese Apparate in gutem Zustande sind, richtig funktionieren, gebrauchsfertig sind und Anschluß haben.

In jedem der verschiedenen Räume der Sonder-Abteilung muß eine Einrichtung vorhanden sein, um mittels des Universalschlüssels die Alarmglocke im Pförtnerzimmer in Bewegung setzen zu können. Signalpfeifen und -hörner scheinen weniger empfehlenswert zu sein. Zur Verschärfung der Aufsicht ist es nötig, daß sich stets in dem zugehörigen Wandelkorridor ebenfalls eine Laufwache befindet, die sich, wenn sie irgend etwas Verdächtiges merkt, unmittelbar mit dem Pförtner in Verbindung setzen kann.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Vom 19. bis 22. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Krehl (Heidelberg) der **28. Deutsche Kongreß für innere Medizin** tagen. Die Sitzungen finden im Neuen Kurhause statt. Das Bureau befindet sich ebendaselbst. Als schon länger vorbereiteter Verhandlungsgegenstand steht auf dem Programme:

Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Referenten: Herr His (Berlin): Geschichtliches und Diathesen in der inneren Medizin. Herr Pfaundler (München): Diathesen in der Kinderheilkunde. Herr Bloch (Basel): Diathesen in der Dermatologie. Herr Mendelsohn (Paris): Die Frage des Arthritismus in Frankreich.

Weitere Vorträge sind u. a. angemeldet:

Über Lungenleiden von den Herren: Bacmeister, Diesing, Eberhart, Engel, Ott, Rothschild.

Über Herz und Gefäße von den Herren: E. Albrecht, Oskar Bruns, Christen, Hering, Heß, Joachim, Fr. Kraus, Lewinsohn, G. Nicolai, Ohm, Ruppert, Sperling.

Über Stoffwechsel von den Herren: Armstrong, Brugsch, Grafe, Emil Pfeiffer, Reicher, Rolly, Stepp, von den Velden, Zuelzer.

— **Verein bayerischer Psychiater.** Die Jahresversammlung findet am 6. und 7. Juni 1911 in der psychiatrischen Klinik zu München statt. Referat: Familienpflege Geisteskranker. Referenten: Herr Prof. Dr. Specht-Erlangen und Herr Direktor Dr. Kolb-Kutzenberg. Anmeldungen von Vorträgen bis 15. Mai d. Js. erbeten an Herrn Prof. Dr. Alzheimer-München, Nußbaumstraße 7.

— **Provinz Posen.** Für eine dritte Erweiterung der Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde und verschiedene bauliche Aufwendungen bei einzelnen Provinzial-Anstalten wurde vom 43. Provinziallandtag der Provinz Posen am 16. März die Aufnahme einer Anleihe bis zu 1 300000 M. genehmigt. Von der Bereitstellung von Mitteln für den Grunderwerb zu einer fünften Provinzial-Irrenanstalt wurde vorläufig Abstand genommen.

— **Hessen-Nassauische Landesheil- und Pflegeanstalt Herborn.** In nächster Zeit wird die von dem hessen-nassauischen Bezirksverbande Wiesbaden errichtete dritte Landesirren-Heil- und Pflegeanstalt in Herborn eröffnet werden, die mit zu den größten preußischen Anstalten gehört und allen psychiatrischen Anforderungen der Neuzeit in vollkommener Weise entsprechen wird. Zum Direktor jener Anstalt ist von dem Landesausschusse der seitherige Leiter der Nassauischen Anstalt Eichberg Dr. Snell ernannt worden, der schon bei den Verhandlungen über den Bau und die innere Einrichtung von dem Landeshauptmanne als Sachverständiger zugezogen war. Dr. Snell ist ein Sohn des auf psychiatrischem Gebiete wohlbekannten Geh. Medizinalrats Snell, der als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim vor längerer Zeit gestorben ist. Der Sohn hat seine Laufbahn in der Heimatprovinz begonnen, indem er bis zu seiner Berufung als Direktor nach Eichberg in der Hildesheimer und Osnabrücker Heil- und Pflegeanstalt als Oberarzt mehrere Jahre tätig war.

— **Westfalen.** In der vierten Vollsitzung des westfälischen Provinziallandtages am 16. März d. Js. erstattete Abg. Graf Galen Bericht über den Neubau der sechsten Provinzialheilanstalt bei Gütersloh. Der Antrag lautete: Die Heilanstalt wird für eine Belegung von 1400 Plätzen gebaut, wobei nur die Kranken 3. Klasse gerechnet sind und die Zahl der in Familienpflege unterzubringenden Kranken außer Betracht bleibt. Die Baukommission wird beauftragt, die Pläne im einzelnen festzusetzen und die Ausführung so zu bewirken, daß der Betrieb der Anstalt mit etwa 500 Plätzen im Herbst 1914 eröffnet werden kann und der gänzliche Ausbau dem Bedürfnis entsprechend erfolgt. Die für den Neubau und die Einrichtung der Heilanstalt erforderlichen Mittel werden zunächst in dem für eine Belegung bis zu 1000 Kranken notwendigen Umfange durch Anleihe bereitgestellt, und zwar einschließlich der Kosten der Inventarbeschaffung und der Bauzinsen in einer Gesamthöhe von 5314000 M. Die Anleihe ist bei der Landesbank aufzunehmen zu einem Zinssatz von 4% und mit 4% zu tilgen.

Bemerkenswert sind nach der Vorlage einige Ausführungen über geisteskranke Verbrecher. Es handelt sich hier in der Hauptsache um solche männliche Kranke, welche in der Untersuchungs- oder Strafhaft für geisteskrank erkannt und der Provinzialverwaltung zur weiteren Fürsorge überwiesen worden sind. Nicht alle diese Kranken bedingen für ihre Verpflegung besondere Einrichtungen. Die in Eickelborn vorhandene Einrichtung soll aber im Falle eintretenden Bedarfs weiter ausgebaut werden, und zwar zunächst durch Hinzufügen einer stark gesicherten Halbruhigen- und gegebenenfalls noch einer Ruhigenabteilung mit je etwa 25 Betten und einer unmittelbar angebauten, mit dem bisherigen Bewahrhause gemeinsamen Werkstätteneinrichtung. Es wird auf diese Weise eine kleine besondere Anstalt von 100 und mehr Betten entstehen. — Die Vorlage wird darauf einstimmig angenommen.

Abg. Bürgermeister Delius (Siegen) erstattet Bericht über die Errichtung eines weiteren Krankengebäudes bei der Pflegeanstalt Eickelborn. Der Andrang zu den Irrenanstalten sei größer geworden, man habe mit einer jährlichen Belegung von neuen 220 Betten bisher gerechnet, aber diese Zahlen seien durch die Tatsache überholt, daß ein Bedarf von jährlich 266 Betten für die richtige Zahl sich erwiesen habe. Diese Zunahme des Bedarfs beruhe einmal auf der stärkeren Zunahme der Bevölkerung, die ebenfalls jährlich jetzt schnellere Fortschritte mache, als man angenommen habe, zum anderen aber auch auf dem großen Anteil an der Zahl der Irren in der Provinz Westfalen im Gegensatz zum Staatsdurchschnitt. Es bestände in der Irrenanstalt Eickelborn augenblicklich noch Raum für 250 Betten für die Männerabteilung. Diese Bettenzahl reiche also noch nicht einmal für zwei Jahre aus, während erst im

Sommer 1914 die soeben erst bewilligte neue Heilanstalt in Gütersloh zum ersten Male belegt werden könne. Es muß also noch neuer Raum geschaffen werden. Die Lösung liege in einem neuen Gebäude für 80 männliche Irren im Rahmen der Anstalt Eickelborn, deren Ausbau ja obendrein vorgesehen sei. Der Provinzialausschuß beantrage 200000 M. bei einer Tilgung von ebenfalls 4%. Die Vorlage wird einstimmig angenommen.

— **Bonn. Neue Anstalt.** Im Mai d. Js. eröffnet Dr. med. Hennes, Spezialarzt für Nervenkranke und Sprachleidende, ein Heilpädagogium und Jugendsanatorium für psychisch abnorme, nervenkranke und sprachleidende Kinder. Die Anstalt wird in einer Villa in schönster Lage und mit ca. 100 a großem Park eingerichtet. Sie soll für ca. 15 Zöglinge Platz bieten.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Frankfurt a. M.** Am 8. März 1911 hat der bisherige Oberarzt Dr. Wachsmuth seine Stelle als Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg angetreten. An Stelle desselben ist der bisherige I. Oberarzt der Psychiatrischen Klinik in Kiel, Prof. Dr. Raecke, zum Oberarzt der hiesigen Anstalt berufen.

— **Kiel.** Für das Fach der Psychiatrie habilitierte sich in der hiesigen medizinischen Fakultät der Assistenzarzt bei Prof. Siemerling an der psychiatrischen und Nervenklinik Dr. med. Werner Runge (aus Göttingen) mit einer Schrift: „Die Generationspsychosen des Weibes". In der Probevorlesung sprach er über „Dipsomanie".

Wir bitten um besondere Beachtung des auf der 4. Seite nach dem Text stehenden Inserates „Ermittlungs-Ersuchen!" Die Redaktion.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 886.

Nr. 2. 8. April **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Neurologisches aus den Anstalten. Von Dr. H. Lachmund, Abteilungsarzt zu Münster i. W. (S. 9.) — Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken. Von v. Deventer, Amsterdam. (S. 11.) — Ist die Harnreaktion mit Liquor bellostii spezifisch für progressive Paralyse? Von Hans Cohn. (S. 15.) — Hysterie-Typen. Von Nervenarzt Dr. Semi Meyer, Danzig und Sanatorium Westerplatte. (S. 16.) — Mitteilungen (S. 18): Frankfurt a. M. Familienpflege der Geisteskranken des Kantons Zürich. Rechnungsabschluß des Deutschen Vereins für Psychiatrie. 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. — Personalnachrichten (S. 19). — Technisches (S. 20): Der Thornersche Handaugenspiegel. — Tagesordnung zur Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Stuttgart.

Neurologisches aus den Anstalten.

Von Dr. *H. Lachmund*, Abteilungsarzt zu Münster i. W.

I. Progressive Muskeldystrophie, spastische Parese der Beine, Schwachsinn.

Es ist schon des öfteren darauf aufmerksam gemacht worden, daß eine ganze Reihe von Fragen aus dem Gebiete der Psychiatrie nur an einem Krankenmaterial gelöst werden kann, wie es unsere Heil- und Pflegeanstalten bieten, so die Frage nach der sekundären Demenz, den End- und Verblödungszuständen u. a. Aber auch neurologisch zeigen sich dem aufmerksamen Beobachter, der seine Kranken in jedem einzelnen Falle einer genauen Untersuchung des Nervensystems zu unterwerfen pflegt, häufig Bilder, die man außerhalb der Anstalten nicht zu sehen gewohnt ist, sei es, daß auf dem Boden einer organischen Nervenkrankheit ungewöhnliche psychische Störungen sich einstellen, sei es, daß Psychosen in ihrem längeren Verlaufe auffallende Nervenerscheinungen verursachen, sei es schließlich, daß, etwa bedingt durch dieselbe Grundlage einer hereditären Schwäche des Gesamtnervensystems, eine Psychose und eine organische Nervenerkrankung nebeneinander hergehen und so komplizierte Krankheitsbilder veranlassen.

Leider wird nun die Neurologie in unseren Anstalten ganz im Gegensatz zu ihrer Bedeutung für die Psychiatrie noch immer recht stiefmütterlich behandelt; ich möchte daher unter dem oben angeführten Sammelnamen: Neurologisches aus den Anstalten, in einer dem Rahmen dieser Zeitschrift entsprechenden Kürze nach und nach einzelne Krankheitsfälle beschreiben, die bezüglich ihres Nervenbefundes Interessantes und Neues oder Ungewohntes bieten; vielleicht wird dadurch der eine oder andere neurologisch interessierte Kollege veranlaßt, auch aus seiner Anstalt einzelne Fälle den meinigen hinzuzufügen.

Fall 1. Lorenz A. aus M., 22 Jahre alt, wurde am 14. Januar 1910 der hiesigen Heilanstalt vom Königl. Landgericht in M. zur Beobachtung und Feststellung seines Geisteszustandes auf sechs Wochen überwiesen. Aus den Akten und den mündlichen Aussagen der Mutter des A. geht bezüglich der Anamnese folgendes hervor.

Von Geistes- und Nervenkrankheiten ist in der Familie des A. nichts bekannt, nur eins seiner Geschwister soll „Nervenzuckungen“ haben. Die Geburt des A. verlief normal, er habe auch rechtzeitig angefangen zu sprechen und zu gehen, doch wurde bald bemerkt, daß das rechte Bein schwächer und auch dünner war als das linke, und daß er mit dem rechten Beine gehinkt habe. Auch der rechte Arm sei zurückgeblieben, so daß er alles links gemacht hätte. Krämpfe habe er nie gehabt, später aber manchmal ganz dummes krauses Zeug gesprochen. — Auf der Schule kam dann A. nicht recht vorwärts, blieb in jeder Klasse lange und machte nur drei Klassen durch. Er war gutmütig, machte aber stets einen „blödsinnigen“ Eindruck. Sein Rektor sagte von ihm: „Er machte während seiner ganzen Schulzeit den Eindruck eines geistig sehr beschränkten und minderwertigen Knaben. Es war schwer, ihm im Religionsunterricht die einfachsten religiösen Begriffe beizubringen und nur mit Mühe konnte er zur ersten hl. Kommunion vorbereitet werden. Nicht selten bekam man auch ganz verständnislose Ant-

worten, die . . . auf eine Art Schwachsinn und Blödsinn hindeuteten. Er spielte bei seinen Kameraden die Rolle des „dummen Jungen". Er hat sicher etwas Abnormes an sich." Später hielt er es als Knecht und Handlanger nirgends aus, wurde mehrmals wegen versuchten Sittlichkeitsverbrechens, Diebstahls, Sachbeschädigung bestraft und wurde in Fürsorgeerziehung genommen, die dann aber auf Antrag des Vaters wieder aufgehoben wurde.

Die Untersuchung und Beobachtung ergab nun folgenden Befund:

Körperlich ist A. ein 70,5 kg schwerer, 1,54 m großer junger Mann von ziemlich gutem Ernährungszustande, etwas blasser Gesichtsfarbe. Die inneren Organe zeigen keine krankhaften Erscheinungen; der Puls steigt bei mäßiger Anstrengung auf 130 Schläge, ist sonst ruhig und regelmäßig; die Verdauung ist ungestört, die Genitalien normal entwickelt, der Urin frei von Eiweiß und Zucker. An der linken Hand fehlt der kleine Finger.

Nervensystem: Schädel nicht klopfempfindlich; über der linken Hälfte einige verschiebliche Narben, von denen die eine druckempfindlich, sonst reizlos ist. Der Hinterhaupthöcker springt stark vor, die untere Zahnreihe ist verbildet; die Schädelmaße sind in normalen Grenzen. — Die Pupillen sind rund, gleich groß, von prompter Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz. Der Augenhintergrund ist normal, die Augenbewegungen frei, bei Seitwärtsstellung der Bulbi nystagmoide Zuckungen derselben. Keine wesentliche Gesichtseinschränkung bei grober Prüfung, Farben werden richtig erkannt, Sehkraft etwa normal. Die Sprache ist besonders in der Erregung öfters anstoßend, im übrigen zeigen die Hirnnerven nichts Auffallendes. — Rumpf und Extremitäten lassen dagegen eine auffallende Muskulatur erkennen: Der rechte Oberarm ist an Umfang ca. 5 cm dünner als der linke, der Unterarm 2 cm. Die Beugung, mehr noch die Streckung des rechten Vorderarms geschieht bedeutend schwächer gegen Widerstand als links; ebenso ist der Händedruck rechts schwächer als links. Die Fingerbewegungen erscheinen etwa normal. Demgegenüber sind die Muskeln des Schultergürtels auffallend stark entwickelt, doch entspricht ihre Kraft durchaus nicht dem Volumen. Ähnlich sind die Muskeln des Beckens, wie beider Ober- und Unterschenkel, links noch mehr wie rechts, hypertrophisch, fühlen sich dabei fester an, wie normale Muskeln, zeigen aber in ihren Kraftäußerungen eine deutliche Schwäche, die rechts noch auffallender ist als links. Während an den Armen die Reflexe beiderseits gleich und nicht gesteigert sind, auch sonst keine Steifigkeit an den Armen zu merken ist, sind die Reflexe an den Beinen deutlich erhöht, rechts noch mehr als links, beiderseits besteht eine gewisse Rigidität, rechts mehr wie links, rechts besteht außerdem dauernder Fußklonus und Babinski, welche beiden Symptome links nur angedeutet sind. Das rechte Bein wird beim Gehen nachgeschleppt und schleift häufig den Boden. Schließlich zeigt sich am rechten Fuße noch von Zeit zu Zeit ein ohne äußere erkennbare Ursache einsetzender krampfartiger Zustand, bei dem der äußere Fußrand nach abwärts gezogen und die große Zehe krampfhaft dorsal gestreckt wird. Fibrilläre Zuckungen sind nirgends vorhanden; die Blase, der Mastdarm funktionieren normal. — Die Sensibilität, Berührungs-, Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit sind völlig intakt; bei Augen-Fußschluß tritt erhebliches Schwanken ein, besonders nach Rumpfbeugen, die Herztätigkeit ist labil, das vasomotorische Nachröten erhöht.

Psychisch erscheint A. als abnorm beschränkter Mensch. Er ist gutmütig, folgt willig allen Anordnungen und zeigt im allgemeinen ein gleichgültiges Verhalten. Der Gedankenablauf ist sichtlich verlangsamt, häufig vermag er einen angefangenen Satz nicht zu Ende zu bringen. Die Schul- und Allgemeinkenntnisse sind sehr dürftig; er bringt es *nicht* fertig, allein aus den Wörtern Abend, Mondschein, spazierengehen einen Satz zu bilden oder den Sinn eines Sprichwortes wie „Aller Anfang ist schwer" zu erläutern. Es fehlt ihm die richtige Beurteilung seiner Lage, wie überhaupt eine erhebliche Urteilsschwäche bei ihm besteht. Das Verständnis für das Strafbare seiner Handlung geht ihm ebenfalls völlig ab. Sonst ist er orientiert, Sinnestäuschungen und sonstige psychotische Symptome kamen nicht zur Beobachtung. Dagegen klagte er während der Beobachtungszeit öfters über Kopfschmerzen; er war dann sichtlich gedrückt, antwortete nur widerwillig und mit leiser Stimme. Einmal bekam er plötzlich einen Schwindel- und Ohnmachtsanfall, wurde blaß, fiel vornüber zu Boden und zog sich Verletzungen im Gesicht zu; die Erinnerung an den Anfall und die ersten Minuten danach war getrübt. Krampfanfälle wurden nicht beobachtet. —

Was nun die Beurteilung des Gesamtbefunds betrifft, so fällt zunächst das Verhalten der Muskulatur ins Auge. Der rechte Oberarm ist atrophisch und in seiner Kraftentfaltung sehr geschwächt, in geringerem Maße ist beides beim rechten Unterarm der Fall, dagegen sind die Muskeln des Schulter- und Beckengürtels sowie des linken Oberschenkels, weniger die des linken Unterschenkels und des rechten Beines

an Volumen auffallend vermehrt, doch entspricht deren grobe Kraft durchaus nicht ihrem Volumen; mithin sind diese Hypertrophien unschwer als Pseudohypertrophien, der ganze Symptomenkomplex als chronische Muskeldystrophie zu erkennen; das Nebeneinandervorkommen von Hyper- u. Atrophien bei bestehender Muskelschwäche und die Lokalisation derselben lassen daran kaum einen Zweifel. — Nicht zum Bilde der Dystrophie musc. progr. gehört dagegen die spastische Parese der Beine, die rechts voll entwickelt, links nur angedeutet ist. Die Erhöhung des Muskeltonus und der Sehnenreflexe neben der motorischen Schwäche, der Fußklonus und das Babinskische Phänomen bei Fehlen aller Sensibilitätsstörungen und sonstiger „Nichtseitenstrangerscheinungen" lassen nur die Diagnose auf eine Schädigung der Pyramidenbahnen zu, resp. deren Fortsetzung durch Medulla, Brücke, Hirnschenkel, innere Kapsel bis zu den motorischen Zentren. Nun sollte man bei dem Bestehen der Muskeldystrophie zunächst an einen spinalen Prozeß denken; es gibt Übergänge zwischen spinaler und muskulärer progressiver Muskelatrophie. Diese Annahme läßt sich aber nicht halten. Da die Arme von Spasmen ganz frei sind, müßte der Sitz der Schädigung tiefer unten im Rückenmark liegen; dies ist nicht anzunehmen; hat doch die Muskeldystrophie auch besonders den Schultergürtel befallen. Vielmehr weisen eine ganze Reihe von Symptomen darauf hin, daß das Gehirn Ort der Erkrankung ist und hier die Ursache für die spastische Parese der Beine zu suchen ist. A. leidet oft an Kopfschmerzen, die mit gemütlicher Depression einhergehen; er leidet an Schwindelanfällen, deren einer so heftig war, daß er zu Boden stürzte und sich Verletzungen im Gesicht zuzog; außerdem ist dauernd ein erheblicher Romberg vorhanden. Nun kann die Fortsetzung der Py-Seitenstrangbahn zentralwärts von der Medulla bis zum motorischen Zentrum aber auch nicht Sitz des Defektes sein, es würden sonst die unteren Extremitäten nicht allein für sich die Zeichen der Pyramidenbahnerkrankung zeigen, sondern gleichseitige oder gekreuzte Hemiplegien je nach dem Orte des Herdes würden die Folge sein. Es bleibt schließlich nur die Annahme, daß das motorische Zentrum selbst, die Rinde, geschädigt ist. Es ist bekannt, daß dies bei der sogen. Littleschen Krankheit, deren Hauptsymptom ebenfalls eine spastische Paraparese der Beine ist, sehr häufig der Fall ist. In unserem Falle möchte ich einen einseitigen, und zwar linksseitigen Defekt der Hirnrinde in der Gegend des Beinzentrums annehmen nach Art der Porenzephalie, beruhend auf Entwicklungshemmung, oder eine Zyste, die die spastische Parese des rechten Beines zur Folge hat. Daß auch das linke Bein, wenn auch nur angedeutet, Zeichen einer spastischen Parese zeigt, kann nicht wundernehmen, wissen wir doch, daß bei linksseitigen Herden auch die linke Seite neben der rechtsseitigen paretischen leidet. Dieser Auffassung entsprechend nehme ich weiter an, daß die eigenartigen Krampfanfälle im rechten Fuße bestehend in Herabziehung des äußeren Fußrandes mit extremer Dorsalflexion der großen Zehe einen Reizzustand darstellen, ausgehend von der Rinde, hervorgerufen durch denselben Herd wie die spastische Parese. — Der Entwicklungsstörung des Gehirns parallel geht nun schließlich bei A. eine Imbezillität höheren Grades, die bei der organischen Invalidität des Gehirns nicht nur nicht auffällt, sondern zu erwarten ist, und die ihrerseits wieder die Annahme eines Defektes im Gehirn stützt. — Alles in allem haben wir es in unserem Falle zu tun mit einer offenbar sehr langsam fortschreitenden progressiven Muskeldystrophie, kompliziert durch eine spastische Parese der Beine und Schwachsinn, welche letzteren als durch einen Defekt in der Rinde des linken motorischen Zentrums verursacht anzusehen sind. Ich finde diese Vereinigung in der Literatur nur einmal erwähnt; Oppenheim schreibt in seinem Lehrbuche: „Ich sah einen eigenartigen Fall . . ., der eine Kombination des Symptomenbildes der Littleschen Krankheit mit dem der Dystrophie herzustellen schien."

A. wurde auf Grund eines vom Verf. abgegebenen Gutachtens, das des näheren die erhebliche geistige Schwäche des A. beruhend auf einem Defektzustand des Gehirns erläuterte, gemäß § 51 StGB. vom Schwurgericht freigesprochen. (Fortsetzung folgt.)

Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken.

Von Dr. med. *van Deventer*, Staatsinspektor der Irrenfürsorge in Holland, Amsterdam.

(Schluß.)

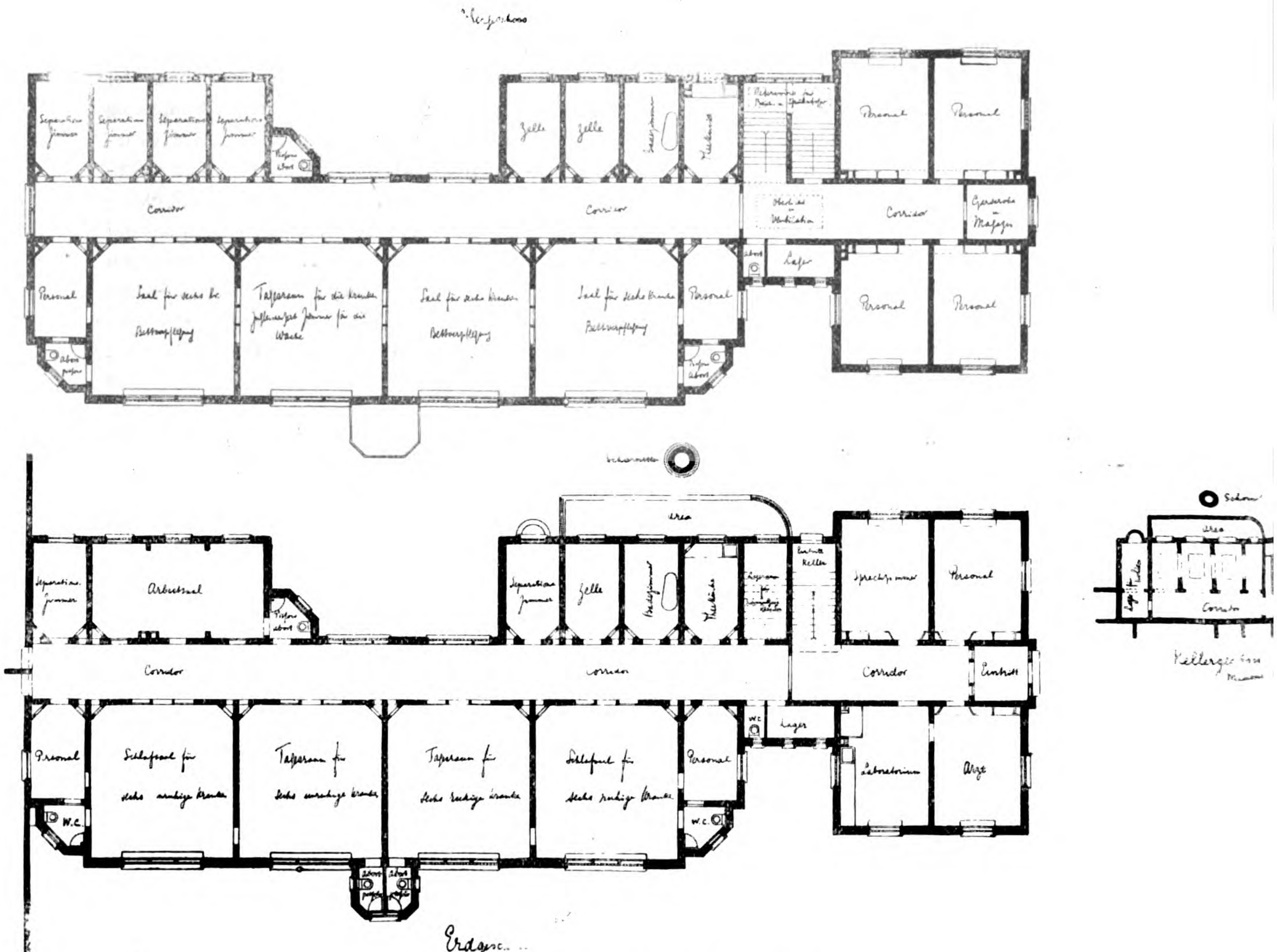
Die Schlafräume der Wärter müssen direkte Aussicht auf die Schlafsäle der Patienten haben, damit bei unvorhergesehenen Unfällen sofort Hilfe gebracht werden kann. Um gegen hinterlistige Anfälle seitens der Patienten gesichert zu sein, dürfen vorerwähnte Lokalitäten miteinander nicht in Verbindung stehen.

Die Räume des Oberpflegers müssen derart gelegen sein, daß selbiger so viel als möglich die ganze Abteilung übersehen kann. Die Aufsicht auf die Umgebung der Sonder-Abteilung werde im Laufe der Nacht durch einen speziellen Außenwächter ausgeübt, welcher von einem wachsamen Hunde begleitet sein soll. Die Erfahrung hat gelehrt, daß namentlich gegen den Kontakt der Pfleglinge der Sonder-Abteilung mit der Außenwelt gewissenhaft gewacht werden muß.

Sonder-Abteilung Kontrollbesuche abstatten, um sicher zu sein, daß das Räderwerk gut läuft.

Der leitende Arzt der Anstalt ist der rechte Leiter der Sonder-Abteilung.

Den Kern der Sache bildet das Pflegepersonal. Nur die erprobtesten Kräfte kommen für die Sonder-Abteilung in Betracht. Einem jeden werde sein scharf begrenzter Arbeitskreis vorgeschrieben. Über alle im Laufe des Tages oder der Nacht in der Sonder-Abteilung vorgefallenen Besonderheiten muß



Entwurf für einen Annex für 30 Kranke.

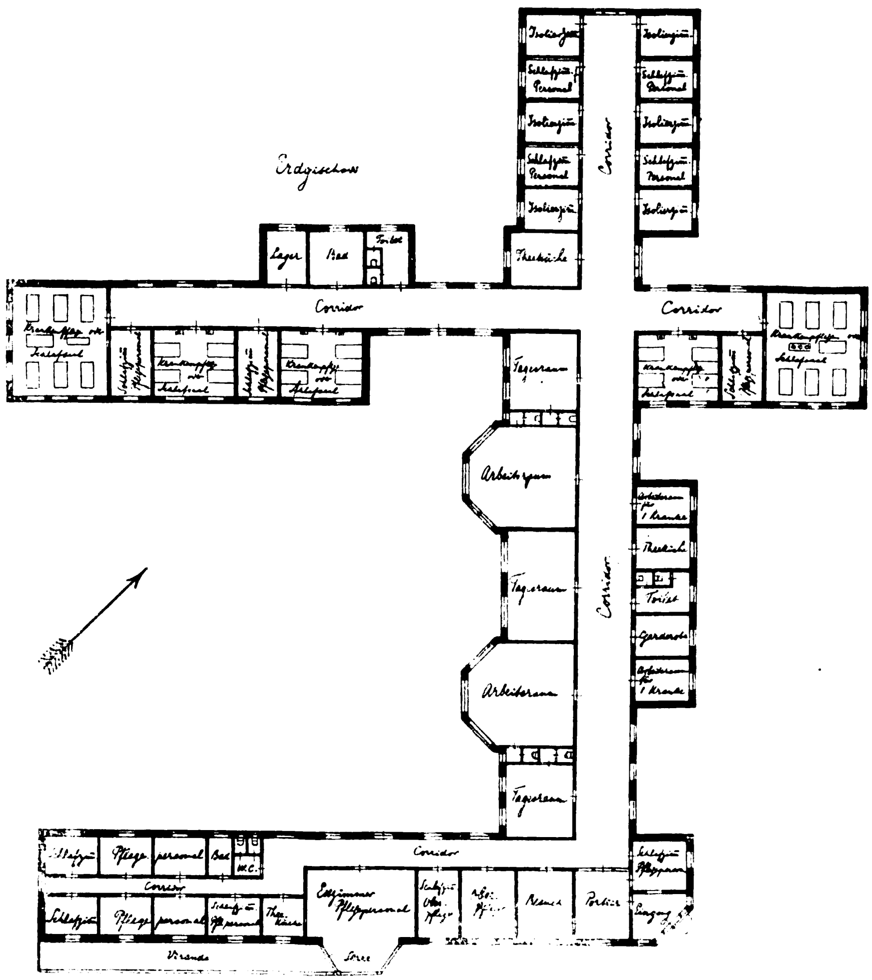
Kontrolluhren sind selbstverständlich nötig. Der Nachtdienst — gleichwie der Tagesdienst — in der Sonder-Abteilung findet übrigens ganz auf dieselbe Weise wie in den übrigen Pavillons statt, jedoch mit dem Unterschiede, daß stets ein zahlreiches Personal anwesend sein muß. Sowohl der Arzt als auch der Oberpflegerstab müssen an festgesetzten Zeiten der

das Pflegepersonal gewissenhaft Rapport abstatten. Der Dienst werde sorgfältig übergeben und übernommen, streng werde darauf geachtet, daß die Arbeiter keine Gerätschaften, z. B. Leitern und dergleichen mehr, stehen lassen. Wie die Erfahrung lehrt, bildet das sittliche Übergewicht das beste Übergewicht bei Anfällen von Ausgelassenheit und der-

gleichen. Gegen die Ausübung von Zwang, in welcher Form auch, werde gewacht. Letzteres raubt dem Arzte einen großen Teil des Vertrauens, welches der Pflegling ihm entgegenbringt. Nicht unnötig werde in die individuelle Freiheit eingegriffen, nicht ein schulmäßiges, sklavisches Nachkommen der strengen Bestimmungen gefordert. Moralische Leitung, der rechte Ton, Takt, ein fröhlicher, ungezwungener Geist führen fast immer zu guten Resultaten.

kommenden Autoritäten freier Briefwechsel gestattet sein.

Der Patient werde anläßlich der Überbringung in die Sonder-Abteilung zuerst in der Wachabteilung gepflegt, bis aufs einzelne eingehend observiert und ganz wie ein gewöhnlicher Kranker behandelt. Patienten, welche die Pflege mit andern Leidenden zusammen schwer vertragen können, werden anfänglich abgesondert, in Separations-Zimmern, gepflegt.



Starkes Haus für 25 Kranke.

Der Patient muß sich an die Hausordnung gewöhnen, der sich ein jeder vom leitenden Arzte an zu unterwerfen hat. Er muß einsehen lernen, daß er nicht außerhalb der Gemeinschaft steht.

Die Pfleglinge müssen sich frei und zu allen Zeiten an den leitenden Arzt wenden können; alle Klagen, und wenn sie auch scheinbar jedes Grundes entbehren, müssen systematisch geprüft werden. Auch muß den Patienten mit den dafür in Betracht

Von der Observationsabteilung aus findet die Verteilung der Patienten über die verschiedenen Aufenthaltsräume statt. Ausreichende Gelegenheit zum Separieren darf nicht fehlen.

Gelegenheit zur Beschäftigung mit Ausschluß gefährlicher Werkzeuge muß vorhanden sein. Die Patienten müssen lernen sich zu beschäftigen, ihre Energie in nützliche Arbeit umzusetzen. Für die nötige Abwechslung und Erholung muß gesorgt, der

Verwandtenbesuch, soweit möglich und unter Inachtnahme der notwendigen Fürsorgemaßregeln, gefördert werden. Pflege in Gemeinschaft, unter Voraussetzung der nötigen Fürsorgen, werde der Absonderung vorgezogen.

Sehr genaue Aufsicht auf die Patienten ist während des Gehens zum Aborte, des Besuchempfangens, des Führens der Korrespondenz, des Verweilens im Garten außerhalb der eigentlichen Sonder-Abteilung, des Badens u. dergl. notwendig.

Die Tag- und Nachtaufenthalte, mit Inbegriff der Bettstellen und Zubehör, die Kleider der Patienten, die Arbeitsräume usw. müssen regelmäßig und systematisch nachgesehen werden, wenn die Patienten abwesend sind. Die Kleider können des Abends, nachdem sich die Patienten zu Bett begeben haben, nachgesehen werden, weil dieselben außerhalb der Schlafzimmer aufbewahrt werden; auch beim Verabreichen des wöchentlichen Wannenbades bietet sich die Gelegenheit dazu. Eine Untersuchung auf dem Leibe, abgesehen von besonderen Umständen, ist verwerflich, weil sie den Patienten unnötig verstimmt; doch muß mit der Neigung einiger Patienten gerechnet werden, schädliche, gefährliche oder andere Gegenstände in den natürlichen Leibesöffnungen zu verbergen.

In Anbetracht des Entfliehens usw. werde das Signalement bis aufs einzelne eingehend aufgenommen und ebenso die Adresse der Verwandten gebucht.

Man muß darauf achten, daß die Patienten öfters Krankheit vorschützen, z. B. zu Bett bleiben, daß sie erklären, nicht gehen zu können, um hierdurch ihre Umgebung irrezuführen und sich ihrer Wachsamkeit zu entziehen. Die gefährlichen und schädlichen Irrsinnigen besitzen oft große Kunstfertigkeit im Verfertigen von Einbrecherwerkzeugen, z. B. Nachschlüsseln, Pfriemen, Strickleitern und dergleichen mehr. Aus den primitivsten Hilfsmitteln wissen sie dieselben herzustellen. Sie zeigen nicht selten eine zähe Geduld und Ausdauer im Sammeln und Verbergen der Gegenstände, die ihrem Zwecke dienlich sind. Eine listig ersonnene Panik verschafft schließlich bisweilen die Gelegenheit, sich in einem Augenblick der Verwirrung zu entfernen. Das Verursachen einer Feuersbrunst, das Begehen von Mord und Totschlag, das Antreiben eines Mitpatienten zum Selbstmord, das Hervorrufen eines Aufruhrs werden beispielsweise zu diesem Zwecke benutzt. Unter solchen Umständen heißt es für das Wärterpersonal schnell zu handeln, um der Panik vorzubeugen.

Sehr große Fürsorge und strengste Kontrolle erfordern Patienten mit Neigung zu pervers sexuellen Handlungen, zu impulsivem oder handgreiflichem Auftreten. Jeder Patient hat in der Regel seine eigene Methode, um z. B. demjenigen, dem er zu Leibe will, einen Finger in das Auge oder in eines der Nasenlöcher zu stecken, bei der Kehle, den Haaren oder Geschlechtsteilen zu ergreifen, einen Stoß vor den Bauch zu geben u. dergl. Daß bei solchen Patienten stets eine Übermacht seitens des Pflegerpersonals anwesend sein muß und niemals nur ein einziger Wärter bei nicht ganz zuverlässigen Patienten, bedarf wohl keines Kommentars.

Bei aggressiven Patienten müssen die Pfleger ihr Gesicht immer dem Gesichte des Patienten zugewendet halten, dafür sorgen, daß ihre Kleider geschlossen sind, daß keine herabhängende Uhrkette oder Schlüssel ein Angriffspunkt sein kann. Mit sicherer, kräftiger Hand muß der Patient angefaßt werden, vorzugsweise an beiden Seiten am Puls- und Ellbogengelenk, unter Mitwirkung eines dritten Pflegers von hinten, um beim Wegführen behilflich zu sein.

Die Sonder-Abteilung muß von den Patienten nicht als eine Straf-Abteilung, sondern als eine Durchgangsstation betrachtet werden, als ein Übungsfeld, eine Lehrstufe, welche sie zu durchlaufen haben, um für das gewöhnliche Anstaltsleben fähig zu werden. Es muß danach gestrebt werden, den Aufenthalt in jener Abteilung möglichst kurz zu gestalten. Um das zu fördern, muß Unfällen, wie sie vorstehend skizziert wurden, vorgebeugt werden durch Ausdauer und Wachsamkeit.

Für die Observation der zweifelhaften Fälle von Irrsinn und für die Pflege der **akuten** Fälle von Irrsinn unter der Gefängnisbevölkerung ist ein Gefängnis-Annex die rechte Anstalt.

Ein großer Prozentsatz der gefährlichen und schädlichen Irrsinnigen gehört zu den psychisch Minderwertigen; diese Minderwertigen leiden öfters an interkurrent auftretenden Anfällen des Irrsinnes und zeigen sowohl während des Irrsinnsanfalles als auch danach gefährliche und schädliche Eigenschaften.

Für diese Minderwertigen ist die Pflege in einer Zwischenanstalt, welche den Charakter eines Arbeitssanatoriums trägt, zweckmäßig.

Aus dieser Anstalt werde der Minderwertige nicht eher entlassen, als bis er die Beweise geliefert, daß er sich dem menschlichen Leben angepaßt hat.

(Aus dem Ambulatorium für Nervenkranke Sanitätsrat Dr. Neißer und Dr. Lowinsky in Berlin.)

Ist die Harnreaktion mit Liquor Bellostii spezifisch für progressive Paralyse?

Von *Hans Cohn.*

In der Erwägung, daß bei einer so schwerwiegenden und über das Schicksal des Patienten entscheidenden Diagnosestellung wie der auf progressive Paralyse jedes neue differentialdiagnostische Hilfsmittel erwünscht sei, ging ich an eine Nachprüfung der von Butenko*) gefundenen, angeblich für Paralyse spezifischen Harnreaktion mit der als Liquor Bellostii oder Aqua Capuzinica bekannten, früher als mildes Antisyphiliticum verwendeten wässerigen Lösung von Merkuronitrat und Salpetersäure. Die Resultate Butenkos wurden von Beisele**) vollauf bestätigt. Letzterer untersuchte ebenso wie Butenko stationäre Paralysen, d. h. Paralysen, deren Symptome schon ausgeprägt genug waren, um klinisch als solche erkannt zu werden. Beisele läßt dabei die Frage offen, von wann ab die Reaktion mit Liquor Bellostii auftritt und ob sie als Hilfsmittel bei der Diagnose der inzipienten Paralyse brauchbar sei. Für die Untersuchung dieser letzten Fragen schien mir das Krankenmaterial unserer Poliklinik besonders geeignet. Ist es bei der ambulatorischen Beobachtung doch erforderlich, in kürzester Zeit bei oft nur mangelhafter Anamnese die Diagnose zu stellen, was bei dem überwiegenden Material an Neurasthenikern einerseits, bei den pseudo-neurasthenischen, pseudo-melancholischen und durch anderes Beiwerk verdeckten Formen der Paralyse andererseits oft schwierig ist.

Die Reaktion mit Liquor Bellostii führte ich mit der von Beisele angegebenen Lösung von Merkuronitrat und Salpetersäure unter den von diesem geforderten Kautelen aus. Benutzt wurden sauer reagierende Harne, und nur in zwei Fällen wurde, da die Untersuchung wünschenswert war, vorsichtig angesäuert. Wo vorher genommene Arzneimittel störend in Betracht kommen konnten, wurde dies vermerkt oder die Fälle aus der Statistik ausgeschieden.

Zur Untersuchung kamen: 14 Fälle von Paralyse (davon 5 inzipiente), 4 Fälle von Lues (davon 2 von Lues cerebri), 5 Fälle anderer Erkrankungen des Zentral-Nervensystems (darunter 1 Fall von Epilepsia genuina, 2 Fälle von Dementia hebephrenica, 1 Fall von Dementia senilis, 1 Fall von Tabes dorsalis), 15 Fälle anderer Nervenkrankheiten bezw. Gesunde, insgesamt 38 Fälle.

Die Beurteilung der Probe wurde nach Absetzen des Niederschlags vorgenommen. Einen über dem Bodensatz auftretenden grauen Ring, der nach Beisele ebenfalls positiven Ausfall anzeigt, habe ich in keinem Falle wahrgenommen. Was nun die Färbung des auf Zusatz des Reagens auftretenden Niederschlags betrifft, der nach Beisele nur bei den Harnen der Paralytiker grau bis grauschwarz, in allen anderen Fällen aber weiß bis weißgelblich sein soll, so erhielt ich vom reinen Weiß bis zum Grauschwärzlichen alle Nuancierungen, und es scheint mir aus diesem Grund, bei der Entscheidung, ob positiver oder negativer Ausfall der Reaktion vorliegt, dem subjektiven Empfinden — wie dies ja bei der Beurteilung von Übergangsfarben natürlich und unvermeidlich ist — viel zu weiter Spielraum gelassen.

Unter den 14 Fällen von Paralysen war sechsmal nach Zusatz des Reagens deutlich wahrzunehmende Graufärbung des im Urin auftretenden Niederschlags (positive Reaktion), sechsmal erschien der Ausfall der Reaktion fraglich, und zweimal war der Niederschlag schneeweiß (negative Reaktion). Unter den positiv reagierenden Fällen befanden sich jedoch zwei, bei denen eine Jodmedikation stattgefunden hatte. Unter den sicher negativ reagierenden war eine manifeste Paralyse kurz nach einem paralytischen Anfall. Gerade in diesem Falle hätte man nach der Annahme Beiseles, daß die Reaktion infolge der Ausscheidung von Abbauprodukten der Hirnsubstanz unter Einwirkung spezifischer Ptomaine hervorgerufen werde, einen besonders stark positiven Ausschlag der Reaktion erwarten dürfen.

In den 4 Fällen luetischer Erkrankungen zeigte einer deutlich wahrnehmbare Graufärbung (positive Reaktion). Auch die Wassermannsche Reaktion war in diesem Fall zur selben Zeit positiv.

Unter den anderen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems fand sich in keinem Falle deutliche Graufärbung (positive Reaktion), jedoch ein Fall von Dementia hebephrenica, dessen Niederschlag im Harn ein schmutziges Weiß zeigte (fraglicher Ausfall). Bei den 15 weiteren Fällen anderer Nervenkrankheiten bezw. Gesunden war der Niederschlag weiß bis weißgelblich bis gelbbraun, in einem

*) Siehe 1910 Nr. 32, Seite 1706 (Referat der „Münch. med. Wochenschrift").

**) Siehe 1911 Nr. 1 ebendort.

Falle schmutzig grauweiß (fragliche) und in einem weiteren deutlich grau (positive Reaktion).

Die Ergebnisse meiner Nachprüfungen sind somit gänzlich von denen Beiseles abweichend, sie berechtigen im Gegenteil zu dem Schluß, daß die Reaktion mit Liquor Bellostii weder allgemein noch ausschließlich bei Paralyse auftritt. Ich schließe mich vielmehr der Beurteilung der Reaktion in der bei Abschluß meiner Untersuchungen veröffentlichten Arbeit Sterns*) an und bin ebenfalls der Ansicht, daß die Reaktion mit Liquor Bellostii für Paralyse nicht spezifisch ist und ihr deshalb bei der Diagnose dieser Erkrankung keine Bedeutung zukommt.

*) Siehe 1911 Nr. 9 der „Münch. med. Wochenschrift".

Zum Schluß unterziehe ich mich der angenehmen Pflicht, Herrn Sanitätsrat Dr. Neißer für die freundliche Überlassung des Krankenmaterials und Herrn Dr. Lowinsky für seine sachkundige Unterstützung meiner Untersuchungen auch an dieser Stelle meinen besten Dank zu sagen.

Hysterie-Typen.

Von Nervenarzt Dr. *Semi Meyer* in Danzig und Sanatorium Westerplatte.

Für Diagnose wie Prognose der Hysterie und damit für die zu wählende Behandlung halte ich die Kenntnis der wichtigsten Verlaufsformen der Krankheit für so wertvoll, daß ich ihnen eine Betrachtung widmen will. Im großen und ganzen gewinnt man aus der Erfahrung sehr bald wertvolle Anhaltspunkte für die Prognose, und bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit muß sich nach meiner Überzeugung der Eindruck immer mehr verstärken, daß die Hysterie durchaus nicht immer ganz unberechenbar ist und gewisse typische Verlaufsformen sich wiederholen.

Wenn man das große Gesamtgebiet der Hysterie überschaut und nicht die schweren Fälle allein der Beschreibung und Erforschung der Krankheit zugrunde legt, so ergeben sich ganz ungezwungen eine Anzahl von typischen Verlaufsformen, die man in eine Reihe einordnen kann, wenn man von den gar nicht seltenen Fällen ausgeht, in denen ein einziges Symptom durch eine äußere Veranlassung, gewöhnlich einen Schreck ausgelöst, bei einer sonst ganz gesunden Person auftaucht, um sehr bald wieder zu verschwinden, und wenn man von hier aus zu immer reicheren Formen übergeht bis zu den berühmten Somnambulen, die ihr Leben in Kliniken zubringen, die aus einem hysterischen Zustand in den andern verfallen und eine normale Persönlichkeit schließlich nur mehr ausnahmsweise darstellen.

Freilich kann jeder Hysteriefall Überraschungen bringen und zu voller Sicherheit der Prognosenstellung werden wir nie gelangen. Aber, daß man etwa vor jedem Hysteriefall an einer Prognosenstellung verzagen müsse, das widerlegt schon das Beispiel der Aphonie, die stets in kurzer Zeit heilt. Wir würden uns sehr wundern, wenn das Symptom sich einmal festsetzte oder beim Verschwinden durchaus einem andern Platz machte. Also gibt es doch unzweifelhaft typische Verlaufsformen im Krankheitsbilde der Hysterie, und ich glaube, daß jeder Praktiker allmählich, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben, einen Überblick über die wichtigsten Verlaufstypen gewinnt und ihre Kenntnis seiner Prognosenstellung und damit auch seinen ärztlichen Maßnahmen zugrunde legt.

Die Fähigkeit der Hysterischen, Krankheitserscheinungen zu produzieren, entwickelt sich. Keine Hysterie tritt mit einer größeren Anzahl von Produkten, wie ich die körperlichen Symptome nenne,*) fix und fertig ins Leben. Das Krankheitsbild braucht eine gewisse Entwicklungszeit, die Paradefälle der Kliniken sogar einer Einübung und Dressur um die Höhe der hysterischen Produktivität zu erreichen. Hier sind sogar meist hypnotische Versuche angestellt, wodurch die Produktionsfähigkeit bis zu einer gewissen Willkür gesteigert werden kann.

Es wird demnach die Möglichkeit gegeben sein, in den Verlaufsformen der Krankheit Reihen ausfindig zu machen, die ineinander übergehen, die der einzelne Krankheitsfall durchläuft, wenn sich die Krankheit, also die Produktionskraft steigert, und wir haben selbstverständlich auszugehen von den Formen, die in der Entwicklung zuerst auftauchen. Wir finden dabei eine Übereinstimmung mit den natürlichen Verhältnissen auch insofern, als die einfachsten Formen mit Vorliebe bei Kindern auftreten.

Es ergibt sich jedoch nicht eine einfache Reihe, sondern es laufen zwei Reihen nebeneinander her, indem das eine Mal die schwereren Formen sich entwickeln aus den sogenannten monosymptomatischen Fällen, das andere Mal von vornherein zahlreiche

*) Was charakterisiert die Hysterie. Med. Klinik, 1909, Nr. 39.

Krankheitssymptome auftreten, die jedoch von den ersten darin durchaus verschieden sind, daß es sich um Allgemeinerscheinungen handelt, deren Einreihung in die Hysterie unter Umständen unsicher sein kann. Von beiden großen Gruppen, von der monosymptomatischen Hysterie, wie von der nur Allgemeinerscheinungen bietenden Form, kann die Entwicklung der Krankheit zu den schweren Formen mit Bewußtseinsveränderungen, zum Somnambulismus, hinführen. Dabei schlägt aber die monosymptomatische Form mit Vorliebe den Weg über die Hysterie-Typen ein, die sich der Hypochondrie einigermaßen nähern und die sich dadurch charakterisieren, daß die Produktion sich auf ein Organ bezieht oder eine bestimmte Krankheit nachahmt, während die andere Hauptform, die zunächst nur Allgemeinerscheinungen bietet, den Weg über die wichtige Gruppe von Hysterien bevorzugt, die durch Auftreten von Anfällen der mannigfachsten Art charakterisiert ist. Daß es auch einmal anders sein kann, ist selbstverständlich, aber man wird finden, daß das Schema, das hier aufgestellt wird, den Tatsachen nicht mehr und nicht minder Gewalt antut wie jedes Schema, das natürlich immer Schema bleiben muß.

Indem also die beiden Hauptgruppen, die wir trennten, in der dritten und letzten Stufe der Entwicklung sich zusammenfinden, erhalten wir folgende fünf Gruppen von Hysterie-Typen:

1. Die monosymptomatische Hysterie.
2. Die Organhysterie.
3. Nur Allgemeinerscheinungen bietende Formen.
4. Hysterie mit Anfällen.
5. Große Hysterie, Somnambulismus.

Das Schema, das auf den ersten Blick willkürlich genug erscheinen mag, wird seine Berechtigung sofort erweisen, wenn wir an die Prognose denken, die zu 1 und 2 stets günstiger ist als zu 3 und 4 und die sogar bei 5 immer noch günstiger ist, wenn die schwere Form aus 2 hervorgegangen ist, als wenn Anfälle die Krankheit auf die Höhe gebracht haben. Daß die Neigung, sich zur Höhe von 5 zu entwickeln, bei 1 und 2 nicht so groß ist wie bei 3 und 4, dürfte allgemein anerkannt werden. Die Formen 3 und 4 tragen den Keim zur schwersten Form in sich, aber dafür, daß die Entwicklung gerade über die Anfallsform geht, weiß ich keine Erklärung, nur auf die Tatsache selbst kann ich hinweisen.

Man wird gegen das ganze Schema einwenden, daß so viele Hysterien gleich mit Anfällen anfangen. Ja, die ärztliche Behandlung fängt recht oft dabei an, aber mehr oder weniger reichliche Klagen sind oft Jahre lang vorhergegangen, bis irgendeine Gelegenheit einen Anfall irgendwelcher Art auslöst, aus dem sich dann schwere hysterische Anfälle entwickeln können, die schließlich zu dauerndem Verlust des seelischen Gleichgewichts führen. Abzusehen ist nur für diese Betrachtung von allen Anfällen, die auf Nachahmung beruhen. Solche pflegen ja auch das Bewußtsein nicht zu trüben.

In diese fünf Gruppen glaube ich alle Fälle von Hysterie einordnen zu können, und ich will nun die gewöhnlichsten Symptomenbilder kurz skizzieren, dabei immer die Prognosenstellung als Hauptaufgabe der Klassifikation im Auge behalten und mich bemühen, das Häufigste und Alltägliche in erster Linie zu berücksichtigen. Was hier versucht wird, ist eigentlich etwas ganz Neues und wird selbstverständlich auf den ersten Anlauf nicht gleich voll gelingen. Ich will nicht zusammenstellen, was überhaupt vorkommt, wie die meisten Darstellungen tun, sondern ich will zusammenzustellen versuchen, was zusammen vorkommt und daraus die Typen der Krankheit gewinnen.

Bei den monosymptomatischen Formen ist durchaus nicht etwa eine sehr große Anzahl von Symptomen zu nennen, es sind vielmehr nur einige wenige, die wir immer wieder monosymptomatisch auftauchen sehen. Das häufigste ist doch wohl die Aphonie. Man kann sie gelegentlich bei Personen zu sehen bekommen, die in ihrem ganzen Leben nie irgendeine nervöse Erscheinung geboten haben. Ein Rezidiv erfolgt wohl fast immer in der Weise, daß es sich an dieselbe Veranlassung anschließt, die die erste Erkrankung hervorrief, und darin liegt nun allerdings der Keim für weitere hysterische Symptome. Gewöhnlich aber bleiben solche aus, und die Heilung ist vollkommen. Auch wenn einmal ein Rezidiv durch einen unglücklichen Zufall ausgelöst wird, erfahren wir, daß sich in der Zwischenzeit keinerlei Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht haben.

Während die Aphonie mit Vorliebe erwachsene Frauen trifft, zeichnet sich bekanntlich sonst mehr die kindliche Hysterie dadurch aus, daß sie viel häufiger nur ein Symptom bietet, und auch die Hysterie der Männer gehört bei uns zu lande häufiger als die der Weiber in die erste Gruppe. Auffallend ist aber dabei, daß die Männer viel verschiedenere Erscheinungen als Einzelsymptome zeigen. Der Mutismus z. B. scheint bei Männern häufiger zu sein, ersetzt aber die Aphonie der Frauen nicht allein, sondern zusammen mit einer Anzahl noch selteneren Störungen der Sprache, wie hysterischem Stottern usw. Der Mutismus kommt anscheinend gar nicht selten bei jungen kräftigen Arbeitern vor, die Prognose ist ebensogut wie bei der Kinderhysterie.

Hier sind es auch keineswegs alle möglichen Dinge, die wir als Einzelsymptome sehen. Es überwiegen vor allem andern die Kontrakturen und die Zuckungen. Eine Kontraktur schließt sich stets an eine Verletzung oder an eine schmerzhafte Erkrankung im Bewegungsapparat an, und schon deswegen ist die Erkennung nicht leicht. Das Symptom tritt an die Stelle eines Verletzungs- oder Krankheitsschmerzes, der Kranke stellt das Glied ruhig und gewöhnt sich die gespannte Haltung der Muskeln an. Das Kind hat einfach Angst vor dem Schmerz und die Angst unterhält das Symptom. Gelingt es, sie zu beseitigen, so verschwindet die Kontraktur. Bei Zuckungen aller Art haben wir meist nicht so leichtes Spiel, da ist auch die Veranlassung kaum einmal so zutage liegend.

Das typischste Bild der monosymptomatischen Hysterie ist meines Erachtens die Schrecklähmung, die man unbegreiflicherweise aus dem Bilde der Hysterie zu streichen versucht hat, weil sie in eine gewisse theoretische Anschauungsweise nicht hineinpassen will. Jeder Mensch kann vor Schreck sprachlos oder auch gelähmt sein, und die Übertreibung und Festsetzung der Erscheinung ist die hysterische Schrecklähmung. Sie ist für mich das reinste Bild der Hysterie, wenn sie auch bei Personen vorkommt, die weder vorher noch nachher je wieder ein Symptom produzieren. Habe ich doch einmal eine Armlähmung bei einem alten Mütterchen gesehen, das von einem Hunde angefallen war. Die Patientin gab an, nie krank gewesen zu sein. Die Lähmung heilte in einer Woche.

Alle andern hysterischen Lähmungen sind entschieden seltener, als man nach dem vielen Wesen, das von ihnen in der Literatur gemacht wird, erwarten sollte. Wir treffen sie kaum als Einzelsymptom, sie sind vielmehr Teilerscheinung oder Gipfel schwerer Hysterie, zeichnen sich aber durch Hartnäckigkeit aus und können dadurch eine monosymptomatische Hysterie vortäuschen. So steht es auch um die schweren Kontrakturen bei Erwachsenen, die sich auf größere Muskelmassen erstrecken. Sie haben wohl immer bereits eine Vorgeschichte, dementsprechend ist die Prognose ernst und die Behandlung schwierig.

Wenn man im übrigen das große Gebiet der Hysterie vor seinem Auge vorüberziehen läßt, so stößt man gar nicht weiter auf Symptome, die eine besondere Neigung haben, allein aufzutauchen. Wenn ich noch die Störungen der Urinentleerung erwähne, Anurie und Pollakurie, und ferner Singultus, Ruktus u. dergl., dann haben wir den ersten Typus wohl erschöpft. Was wir sonst als Einzelsymptom noch antreffen, das führt uns schon hinüber zur zweiten großen Gruppe, zur Organhysterie. Das beste Beispiel, um den Übergang zu illustrieren, ist wohl das hysterische Erbrechen. Wir sehen es bei Kindern noch ganz isoliert auftreten, stehen aber auch hier diesem Symptom, auch wenn das Kind sonst ganz gesund ist, schon viel bedenklicher gegenüber als andern Produkten. Die Hysterie bemächtigt sich sehr bald der Gesamtfunktion des Magens. Ist doch Stoff und Veranlassung dazu schon im normalen Wechsel der Funktion des Organs gegeben. Das Erbrechen bringt aber diese Funktion tatsächlich in Unordnung und der Keim zu einem gefährlichen Circulus vitiosus ist gegeben. Dazu kommt nun noch, daß die Einnistung des Symptoms in diesem Falle eine Einübung darstellt, treffen wir doch Virtuosinnen im Erbrechen, die sich bei jeder unpassenden Gelegenheit ihres Mageninhalts zu entledigen verstehen. Das kann keine Hysterische gleich von Anfang an, das muß man lernen, und je besser eingeübt das Produkt ist, desto schwerer ist es selbstverständlich wieder zu beseitigen. Aber es bleibt auch nicht beim Erbrechen allein, Heißhunger, Magenschmerzen und anderes treten auf und wir haben das Bild der Organhysterie.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Frankfurt a. M.** Es ist für die hiesige Anstalt eine zweite Sekundärarztstelle geschaffen worden, deren Gehaltssätze neben freier Station im Werte von 1600 M. durch Magistratsbeschluß so festgestellt worden sind: Anfangsgehalt 3000 M., steigend alle drei Jahre um 400 M. bis zum Höchstsatze von 5400 M. In demselben Beschluß sind die Gehaltssätze für die Assistenzärzte folgendermaßen neu geregelt worden: Anfangsgehalt 1800 M., im 2. Dienstjahr 2100 M., im 3. Dienstjahr 2400 M., im 4., 5. und 6. Dienstjahr 2700 M., im 7., 8. und 9. Dienstjahr 3000 M., vom 10. Dienstjahre ab 3300 M.

— In dem unlängst erschienenen Jahresbericht der Pflegeanstalt Rheinau verbirgt sich eine umfangreiche Arbeit des Kantonalen Inspektors für Irrenpflege Dr. F. Riklin „über **Familienpflege der Geisteskranken** und Irrengesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung **des Kantons Zürich**". (116 S.) Die vom Staate organisierte Familienpflege nahm ihren An-

fang im Dezember 1908. Zu ihrer Durchführung wurde das „Inspektorat für Irrenpflege“ geschaffen, welches die Unterbringung und Beaufsichtigung der in Privatpflege befindlichen Irren besorgt. An der Spitze steht ein auf die Amtsdauer von 3 Jahren gewählter Psychiater. Dieser Inspektor ist von Amts wegen auch Mitglied der Kommission für die Oberaufsicht der privaten Irrenanstalten, er hat auch die entlassenen kriminellen Geisteskranken zu beaufsichtigen. Die Familienpfleglinge werden vollständig aus der betr. Staatsanstalt entlassen, sie nehmen ihr Anstaltsinventar mit. Die Pflegefamilie, welche das Mobiliar selbst stellt, muß die Kleider des Kr. in Stand halten und ergänzen. Das monatlich ausgezahlte Kostgeld betrug durchschnittlich 1,20 Fr. für den Tag. Von der Versetzung in Familienpflege erhalten die Unterstützungspflichtigen bezw. die Angehörigen Anzeige und haben das Recht, binnen 8 Tagen Einspruch zu erheben. An Kosten haben sie nicht mehr beizutragen als in der Anstalt. Nirgends sind mehr als zwei bis drei Kranke in der gleichen Familie. Wo die Wünsche und die Wohnungsverhältnisse es zulassen, wurde das Prinzip, daß die Pfleglinge in derselben Familie durchaus gleichen Geschlechts sein müssen, durchbrochen. Im ersten Betriebsjahre führte der Inspektor 414 Besuche in den zerstreut liegenden Pflegedörfern aus. Bei 75% der Pflegeversuche war Verhalten und Befinden direkt erfreulich. Der Bestand der Pfleglinge betrug im Mai 1910 = 91 Kr. Weitere interessante Einzelheiten (Statistik, Irrengesetzgebung, Hilfsverein) sind im Original nachzulesen. M.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie. Rechnungsabschluß** für das Jahr 1910.

Einnahmen:

Kassenbestand aus dem Vorjahre . .	7838,61	M.
558 Mitgliederbeitr. für 1910 à 5 M.	2790,—	„
1 „ „ 1910 à 7 „	7,—	„
3 „ „ 1910 à 4,92 „	14,76	„
2 „ „ 1911 à 5 „	10,—	„
Porto-Ersatz	13,15	„
Zinsen aus 3000 M. 3½ proz. Pfandbriefe	105,—	„
„ „ 2500 M. 3 „ „	75,—	„
Vom 4. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke überwiesen	11 230,—	„
Von der Ausstellung überwiesen . .	1150,—	„
Kassenbestand und Gesamteinnahmen:	23 233,52	M.

Ausgaben:

Druck und Versand der Vereinsschriften, Einladungen etc.	282,80	M.
Kosten der Kassenführung	78,71	„
Reisekosten der Vorstandsmitglieder .	408,11	„
Kommission für Standesinteressen . .	2,80	„
„ „ Strafgesetzgebung . .	659,50	„
„ „ Idiotenwesen . . .	100,—	„
Bisherige Zahlungen für den Kongreß	7218,76	„
„ „ für die Ausstellung	2698,80	„
Gesamtausgaben:	11 449,48	M.

Abschluß:

Kassenbestand und Gesamteinnahmen	23 233,52	M.
Gesamtausgabe	11 449,48	„
Bleibt Bestand	11 784,04	M.
Vorhanden in:		
Nominell 3000 M. 3½ proz. Central-Pfandbriefe, Ankaufswert	2930,85	M.
Nominell 2500 M. 3 proz. Central-Pfandbriefe; Ankaufswert	2168,35	„
Nominell Sparkasseneinlage, bei der allgem. Rentenanstalt Stuttgart . .	6540,—	„
Vorschußkasse des Oberarztes Dr. Falkenberg	20,88	„
Barbestand der Vereinskasse . . .	123,96	„
Bleibt Bestand:	11 784,84	M.

Winnental, den 6. März 1911.

Der Kassenführer: Medizinal-Rat Dr. Kreuser.

Forderungen sind noch zu bereinigen: für die Ausstellung im Anschlag von ca. 2000 M., für den Kongreßbericht 4500 M., zusammen 6500 M.

— **Die 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte** findet am 24.—30. September d. J. in Karlsruhe (Baden) statt. Die unterzeichneten Einführenden für die 24. Abteilung (Psychiatrie und Neurologie) laden hierdurch zur Teilnahme an der Versammlung ein, und bitten um Anmeldung von Vorträgen oder Demonstrationen bis zum 15. Mai (spätestens Ende Mai).

Karlsruhe (Baden).

Dr. Neumann, Stefanienstraße 71, Dr. Hellpach, Amalienstraße 40.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Lauenburg i. Pom.** Der Assistenzarzt Dr. Banse an der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. ist zum 1. April d. Js. zum Oberarzt befördert worden.

— **Regensburg.** Dem Kgl. Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Regensburg, Med.-Rat Dr. Johannes Feldkirchner wurde der Verdienst-Orden vom heiligen Michael 4. Kl. mit der Krone verliehen.

— **München.** Titel und Rang eines Hofrats wurde dem Nervenarzt Dr. Leopold Löwenfeld verliehen

— **Bayreuth.** Dem Besitzer und Leiter des Sanatoriums Herzogshöhe in Bayreuth, Dr. Albert Würzburger, wurde Titel und Rang eines Hofrates verliehen.

— **Waldbröl.** Dr. Weinbrenner, Anstaltsarzt der Heil- und Pflegeanstalt Waldbröl, wurde zum Oberarzt an dieser Anstalt ernannt.

Technisches.

Der Thorner'sche Hand-Augenspiegel.

In Band XXIV, 1910, der „Zeitschrift für Augenheilkunde" beschreibt Dr. W. Thorner, Privatdozent in Berlin, einen von ihm konstruierten **„reflexlosen Hand-Augenspiegel"**. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ist mittelst dieses Augenspiegels so leicht auszuführen, daß jeder, der auch ganz ungeübt im Gebrauch des gewöhnlichen Augenspiegels ist, hiermit ohne weiteres den Augenhintergrund beobachten kann. Da das Instrument in der Hand gehalten wird und man dadurch den Bewegungen der untersuchten Personen folgen kann, so ist auch irgendeine Geschicklichkeit letzterer zu der Beobachtung nicht notwendig. Eine Erweiterung der Pupille ist nicht erforderlich; selbst bei ganz enger Pupille von nur 2 mm Durchmesser, ebenso wie bei Tieren mit sehr kleinen Augen wie z. B. Fröschen kann ohne weiteres gut beobachtet werden. Das Instrument vermag in allen Fällen die gewöhnliche Augenspiegel-Untersuchung zu ersetzen, selbst bei ungünstigen optischen Verhältnissen des Auges d. h. bei Refraktionsfehlern, Astigmatismus, Trübungen der brechenden Medien. Das Bild des Augenhintergrundes ist reflexfrei. Die Vergrößerung und das Gesichtsfeld sind dieselben wie bei der gewöhnlichen Untersuchung im sogenannten umgekehrten Bild mittelst der Konvexlinse von 13 Dioptrien.

Der Thorner'sche Hand-Augenspiegel eignet sich nach alledem ganz besonders auch zum Gebrauch bei Geisteskranken.

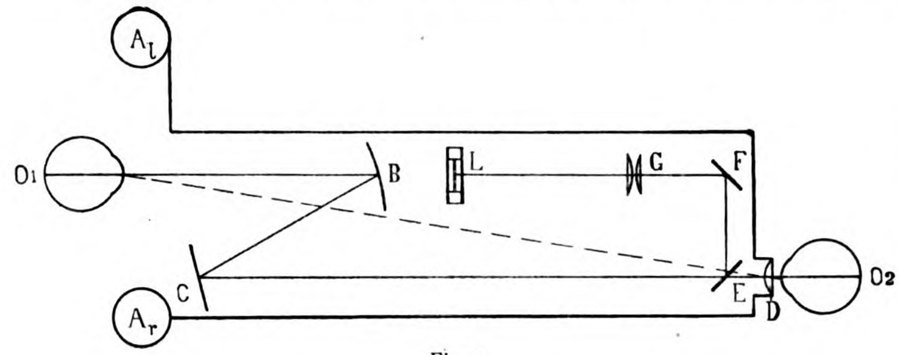


Fig. 1.



Fig. 2.

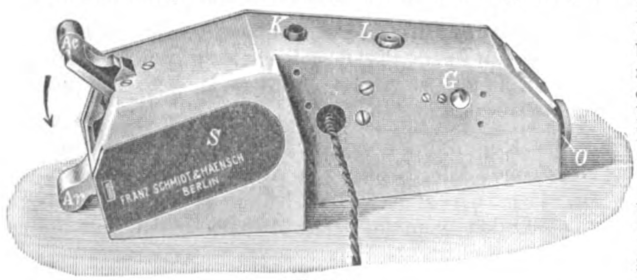


Fig. 3.

Die innere Einrichtung des Instrumentes läßt sich an Fig. 1 erklären. Dieselbe zeigt einen senkrechten Durchschnitt durch das Instrument. O_1 ist das Auge des Untersuchten, O_2 das des Beobachters. Mittels der Kugel A_1 wird das Instrument gegen die Stirn des Untersuchten gestützt. Das Licht fällt nun aus dem Augenhintergrunde zunächst auf den Hohlspiegel B, von da auf den Planspiegel C und wird von hier direkt in das Auge O_2 geworfen, welches das Bild durch die Konvexlinse D betrachtet. Das zur Beleuchtung des Augenhintergrundes dienende Licht kommt von der kleinen, fadenförmigen Glühlampe L und wird mittels des Linsensystems G und des Planspiegels F auf dem Planspiegel E scharf abgebildet. Diese auf dem Planspiegel E liegende Lichtlinie wird wiederum durch die Spiegel C und B auf der Pupille von O_1 abgebildet. Der Planspiegel E nimmt nur die Hälfte der Breite der Okularöffnung ein, so daß der Beobachter O_2 an der Kante des Spiegels vorbeisehen kann. Genauer zeigt die Form dieses Spiegels die Fig. 2 in der Aufsicht.

An die linke Kante des Planspiegels E grenzt die Konvexlinse D an, und vor dieser befindet sich die hell gezeichnete mittlere Öffnung H, welche allein zum Durchsehen dient. Wie man sieht, ist dieselbe durch die Zwischenzone K von der leuchtenden Kante des Planspiegels E getrennt.

Die Reflexe, welche bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde in der Konvexlinse entstehen, sind hier durch die Verwendung des Hohlspiegels B (Fig. 1) als bilderzeugender Fläche vermieden, da der Reflex des Hohlspiegels ja das zu beobachtende Bild selbst ist. Zur Beseitigung des Hornhautreflexes dient die Zwischenzone K (Fig. 2). Zur Erläuterung der Wirkungsweise derselben wird auf die oben zitierte Abhandlung verwiesen. Das Weitere ergibt sich aus der dem Instrument beigegebenen Gebrauchsanweisung. — Preis ohne Akkumulator resp. Widerstand 150 Mark.

Der Thorner'sche „reflexlose Hand-Augenspiegel" wird von der Firma Franz Schmidt & Haensch, Berlin S. 42, Prinzessinnenstraße 16, hergestellt.

Wir weisen unsere gesch. Leser noch besonders auf das am Schluß der heutigen Nummer veröffentlichte **Programm der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Stuttgart hin, das zum gefl. Gebrauch ev. abgetrennt werden kann.**

Titelblatt und Register des Jahrgangs XII dieser Zeitschrift werden der Nr. 3 beigefügt werden.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Elektrizitäts-Gesellsch. Haas & Stahl, Aue i. Sa. bei, worauf wir unsere Leser besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, XIII. Jahrgang, Nr. 2.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Deutscher Verein für Psychiatrie.

EINLADUNG

zur

Jahresversammlung in Stuttgart

am 21. und 22. April 1911.

TAGESORDNUNG

Freitag, den 21. April.

Erste Sitzung vormittags 9 Uhr.

Eröffnung und Begrüßung. — Geschäftliche Mitteilungen. — Antrag der Standeskommission betr. Einrichtung einer Rechtsschutz- und Pressekommission, welche aus den beiden Berliner Vorstandsmitgliedern und zwei anderen Berliner Vereinsmitgliedern besteht und nach Bedarf zusammentritt. Die Kosten für die baren Auslagen der Kommissionsmitglieder, für die Abonnements auf Zeitungsausschnitte und für die vielleicht nötig werdende Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts trägt die Vereinskasse.

I. Psychologische Untersuchungsmethoden. Referenten: Kraepelin-München und Sommer-Gießen.

12½ Uhr Frühstück im Stadtgartenrestaurant.

Zweite Sitzung nachmittags 2 Uhr.

II. Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterin zuzurechnen sind? Ref.: Bonhöffer-Breslau.

Samstag, den 22. April.

Dritte Sitzung vormittags 9 Uhr.

Kassenbericht einschließlich der Abrechnung über den 4. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke und die damit verbundene Ausstellung in Berlin (s. Anlage). Festsetzung des Jahresbeitrages für 1911. — Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung. — Wahlen zur Ergänzung des Vorstandes (Kreuser und Siemens scheiden satzungsgemäß aus).

9½ Uhr.

III. Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Ref.: Cramer-Göttingen.

12½ Uhr Frühstück im Stadtgartenrestaurant.

Vierte Sitzung nachmittags 2 Uhr.

IV. Über den Einfluß Wernicke's auf die klinische Psychiatrie. Ref.: Liepmann-Berlin.

Die Sitzungen finden statt im Physikalischen Institut, Wiederholdstraße 13. Zu erreichen mit der Straßenbahn Nr. 7. Vom Hauptbahnhof aus sind zunächst die Linien Nr. 3 oder 5 zu benützen mit Umsteigen in 7 an der Liederhalle.

Im Institut stehen physikalische Einrichtungen aller Art zur Verfügung, auch für diaskopische Projektion. Anmeldungen zur Benützung vermittelt Medizinalrat Dr. Camerer, Stuttgart, Königl. Medizinal-Kollegium. Etwa gewünschte episkopische Projektion läßt sich im nahen Dienstgebäude des Medizinal-Kollegiums ermöglichen, wo auch Mikroskope zur Verfügung stehen.

Vorträge haben angemeldet:

1. O. Rehm-Dösen: Die Bedeutung des psychogenen Momentes im manisch-depressiven Irresein.
2. Weiler-München: Zur Untersuchung der Auffassungs- und Merkfähigkeit (Demonstration neuer Methoden).
3. Meyer-Königsberg: Trauma und psychische Störungen.
4. v. Nießl-Mayendorf-Leipzig: Über die Mechanik der Wahnbildungen.
5. Räcke-Frankfurt a. M.: Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte.
6. K. Brodmann-Tübingen: Neue Probleme der Rindenlokalisation. (Mit Demonstrationen.)
7. H. Thoden van Velzen-Hilvarenbeck: Die Seele.
8. Hübner-Bonn: Klinisches und Forensisches über Querulanten.
9. Pappenheim-Heidelberg: Über Dipsomanie.
10. Gaupp-Tübingen: Über den Begriff der Hysterie.
11. Buder-Winnental: Unsere Stellung zur Organisation des Krankenpflegerpersonals.
12. Kleist-Erlangen: Über Störungen der Rede bei Geisteskranken.

13. Fauser-Stuttgart: Aus der Psychologie der Sinnestäuschungen.
14. Wilmanns-Heidelberg: Die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch.
15. Wetzel-Heidelberg: Bemerkungen zur Methodik der Untersuchungen über das psychogalvanische Reflexphänomen.
16. Moerchen-Ahrweiler: Zur Methodik der Dauerbadbehandlung Geisteskranker.
17. Steiner-Straßburg: Über die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit.
18. Berliner-Gießen: Klinische Studien über die Reflexzeit des Kniephänomens. (Mit Demonstrationen.)
19. Hartmann-Graz: Zur Pathologie der psychophysiologischen Blutverschiebung.
20. Schrottenbach-Graz: Zur pathophysiologischen Auffassung der Anfälle und Delirien bei der Dementia paralytica.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabend der Versammlung vorbehalten.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Minuten und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen.

Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande vorher mitzuteilen.

Am Donnerstag, den 20. April von 8 Uhr an: Geselliges Zusammentreffen im Gartensaal des Hotel Royal.

Daselbst sind die Herren DDr. Groß- und Zahn-Stuttgart, sowie Reis-Tübingen zur Auskunfterteilung bereit. Auch wird gebeten, sich tunlichst schon an diesem Abend in die ausliegenden Listen eintragen zu wollen.

Freitag, den 21. April, abends 5 Uhr: Gemeinschaftliches Essen im Hotel Marquardt, das trockene Gedeck zu 5 Mark.

Samstag, den 22. April von 8 Uhr an: Gesellige Zusammenkunft im Kursaal zu Cannstatt.

Zur Führung der Damen durch Stuttgart ist am Freitag und Samstag von 9½ Uhr vormittags an ein Damenausschuß bereit; Zusammenkunft Hotel Marquardt.

Das **Lokalkomitee** wird gebildet von Medizinalrat Dr. Camerer-Stuttgart, Sanitätsrat Dr. Fauser-Stuttgart, Professor Dr. Gaupp-Tübingen und Medizinalrat Dr. Kreuser-Winnental.

Für Sonntag, den 23. April laden zum Besuche der von ihnen geleiteten Anstalten ein: Sanitätsrat Dr. Fauser, dirigierender Arzt des Stuttgarter Bürgerhospitales; Professor Dr. Gaupp, Direktor der Klinik für Nerven- und Gemütskranke in Tübingen (Abfahrt in Stuttgart vormittags 8.25, Ankunft in Tübingen 9.55); Dr. R. Krauß, dirigierender Arzt der Privatheilanstalt Kennenburg bei Eßlingen, und Medizinalrat Dr. Kreuser, Direktor der Königl. Heilanstalt Winnental.

Der Vorstand:

gez.: Cramer. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Siemens. Tuczek.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 3. 15. April 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Hysterie-Typen. Von Nervenarzt Dr. Semi Meyer in Danzig und Sanatorium Westerplatte. (Schluß.) (S. 21.) — Psychiatrie und Strafrechtspflege vor 75 Jahren. Von Dr. Karl Birnbaum, Berlin-Buch. (S. 24.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie X. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner in Greifswald. (Fortsetzung.) (S. 26.) — Mitteilungen (S. 28.): Zentralblatt für Psychoanalyse. 41. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte. — Referate (S. 28). — Personalnachrichten (S. 29).

Hysterie-Typen.

Von Nervenarzt Dr. *Semi Meyer* in Danzig und Sanatorium Westerplatte.

(Schluß.)

Damit sind wir zur zweiten Gruppe gelangt, der eine viel größere praktische Bedeutung zukommt als der ersten. Gehören doch hierher die mannigfaltigen hysterischen Schmerzen, die in fast jedem Organ auftreten können und allein oder mit den für das Organ gegebenen sonstigen Funktionsstörungen zusammen ein gewöhnliches und gefürchtetes Krankheitsbild ergeben. Wie eine Magen-, so gibt es eine Darmhysterie, eine Unterleib-, auch eine Lungenhysterie usw., und denken wir an die vielen Fälle mit Kopfbeschwerden, so erkennen wir die große Verbreitung einer solchen auf ein Organ sich beziehenden hysterischen Produktion, die nun noch weiter vergrößert wird durch die große Menge von Kranken, deren Hysterie nur in der Fortführung von am eignen Körper erlebten Krankheitssymptomen besteht. Auch die hysterische Nachahmung werden wir hierher rechnen.

Dies alles kommt bei Personen vor, die keine Neigung zu nervösen Allgemeinerscheinungen zeigen, und insofern gehören die beiden ersten Gruppen zusammen, auch wo keine Entwickelung der einen Form aus der andren vorliegt. Wir finden bei beiden Gruppen fast stets irgendeine äußere Veranlassung für das Auftauchen der Symptome, bei der ersten eine Emotion, einen Schmerz oder dergleichen, bei der zweiten häufiger eine organische Erkrankung, die, mag sie noch so leicht sein, zur Einnistung des Symptoms führt. Entsprechend der bereits weiter fortgeschrittenen Produktionsfähigkeit ist die Prognose aber in der zweiten Gruppe bereits viel ungünstiger.

Eine Aufzählung ist in dieser Gruppe nicht mehr möglich, kann doch die Hysterie sich nicht nur an jedes organisch bedingte Krankheitssymptom anschließen, sondern ist sie darüber hinaus noch erfinderisch. Aber die Abgrenzung der Gruppe ist dadurch gerechtfertigt, daß die in ihr zusammengefaßten Fälle ihre Eigenart haben. Die Kranken der Gruppe neigen weder zu Allgemeinerscheinungen, noch ist es bei ihnen das Gewöhnliche, daß bei ihnen Anfälle das Bild umgestalten, und wenn sie in die schwere Form übergehen, dann bekommen wir am ehesten das Bild, das man früher „Hysterische Paranoia“ genannt hat. Auch die schwer Kranken, die um die Anerkennung ihres Organleidens kämpfen und dadurch die Neigung bekommen, sich zur Schau zu stellen, gehen aus dieser Gruppe hervor.

Der Praktiker, der über die Abgrenzung der Neurosen sich nicht soviel Gedanken zu machen pflegt, wird aber bei der ganzen Gruppe viele Fälle von Hypochondrie im Auge haben, die bei Frauen wohl gelegentlich so auftritt, daß die Unterscheidung von Hysterie nicht ganz sicher ist. Die Frage ist theoretisch wie praktisch zu wichtig, um hier nebenbei erörtert zu werden. Von meinem Standpunkt aus, daß die Hysterie lediglich das Produkt oder die Fähigkeit zu produzieren charakterisiert, ist auch hier die Unterscheidung meist zu treffen.

Daß Hysterie und Hypochondrie etwa eine besondere Neigung zeigen, sich zu kombinieren, wie fast jeder Neurastheniker hypochondrische Züge aufweist, das ist entschieden unrichtig. Eine Vermischung der beiden Neurosenformen kennen wir allerdings, sie ist es, die der Unfallhysterie, das heißt

der bezahlten Hysterie, ihren Charakter gibt. Das ist aber grade das, was diese Krankheitsbilder so entschieden von der sonstigen Hysterie unterscheidet. Die Hypochondrie dieser Kranken ist ein Kunstprodukt der Gesetzgebung. Selbstverständlich kann dasselbe Ergebnis einer Aufpfropfung der Hypochondrie auf eine Hysterie auch unter anderen ähnlichen Umständen zustandekommen. Das geschieht z. B., wenn das Wort „Wanderniere“ fällt. Dann wird bei einer von Haus aus labilen Person die ganze Aufmerksamkeit mit solcher Gewalt auf eine bestimmte Stelle des Körpers hingelenkt, daß es ein Wunder wäre, wenn wir nun nicht hypochondrische Beschwerden zu sehen bekämen. — Die Hypochondrie definiere ich als eine Neigung zu ängstlicher Selbstbeobachtung, die aus normalen oder ganz geringfügig gestörten Organperzeptionen allmählich, über Parästhesien hinweg, zur Wahnbildung in betreff der Körperfunktionen führen kann. — Dazu werden nun hier alle Vorbedingungen gegeben, und ähnliches erleben wir, wenn irgendein andres Organ, am häufigsten die Genitalsphäre, zum Gegenstand der Aufmerksamkeit gemacht wird.

Ein ganz anderes Bild zeigt der Hysterietypus der dritten Gruppe. Die hierher gehörigen Fälle beginnen von vornherein mit Allgemeinerscheinungen, die ja stets gleich in der Mehrzahl auftreten. Das Hauptkontingent zu diesem Typus stellt das, was man populär „die nervöse Frau“ zu nennen pflegt. Dieser Typus ist der Beweis dafür, daß an der alten Lehre, wonach das, was beim Weibe Hysterie ist, sich beim Manne als Hypochondrie manifestiert, doch mehr Wahres ist, als man heute zuzugeben geneigt ist. Lassen wir im Geiste das Bild der nervösen Frau, das wir aus unserer Erfahrung kennen, im Vergleich mit dem des nervösen Mannes an uns vorüberziehen, so fällt der Gegensatz der Durchschnittsfälle in die Augen. Das Bild der launenhaften, heute durchaus leistungsfähigen, vielleicht gesellschaftsfähigen, morgen zu nichts brauchbaren, tief verstimmten und ihre Umgebung peinigenden Frau, die auf jeden Gefühlseindruck übermäßig reagierend heute die zärtlichste Gattin und Mutter, morgen die unausstehlichste Lebensgefährtin ist und sich übermorgen abgespannt und ermattet ins Bett legt, dieses Bild hat nichts gemein mit dem Durchschnittsbild des nervösen Mannes, der, sei er nun von Hause aus labil veranlagt, sei er durch Überanstrengung und Sorgen aus dem Gleichgewicht gebracht, doch immer noch eine gewisse Stabilität auch in seinem Krankheitsbilde zeigt.

Gewiß ist die nervöse Frau nicht immer der eben angedeutete Typus. Die Schwankungen im Befinden, zunächst der einzige Anhaltspunkt für die Diagnose Hysterie, sind nicht immer so ausgeprägt, und vor allem erfolgt das Pendeln um die seelische Gleichgewichtslage in sehr verschiedenem Rhythmus. Es gibt Typen der nervösen Frau, die gute Jahre durchmachen, bei denen Schwankungen selten sind. Die Einordnung der Fälle in das Bild der Hysterie rechtfertigt sich dann aber immer noch durch einen Grad der Beeinflußbarkeit im schlechten Zustande, der der Neurasthenie nicht eigen ist. In munterer Gesellschaft können solche hysterische Damen reizend sein, nachdem sie kurz vorher unerträglich gewesen, sie können stets gegen Fremde die Liebenswürdigkeit selbst sein, während sie dem eignen Mann das Leben verderben, sie können durch irgendwelche Kleinigkeiten Stimmungsänderungen erfahren, zum guten wie zum schlechten, und ihre Beschwerden können morgen verschwunden sein, nachdem sie heute die Geduld des Arztes auf die härteste Probe gestellt haben. Ist diese Labilität deutlich ausgesprochen, so können wir der Patientin die Fähigkeit zumuten, charakteristische hysterische Produkte gelegentlich zu produzieren.

Die eigentlichen Produkte können ja auch in einem solchen ganzen Leben wohl einmal ausbleiben, das Gewöhnliche ist das aber keineswegs. Das Eigenartige aber an diesen Kranken ist nun, daß, wie wir im weiteren sehen werden, die Produkte mit Vorliebe Anfälle sind.

Fehlt die Labilität, dann ist bei diesem Hysterietypus die Abgrenzung von anderen Neurosen oft äußerst schwierig. Die „nervöse Frau“ ähnelt dann mehr oder weniger dem nervösen Manne, sie ist neurasthenisch und hypochondrisch. Beides gibt es selbstverständlich auch bei Frauen, und ich hoffe, nicht mißverstanden zu werden, wenn ich von der nervösen Frau schlechthin als von der hysterischen Frau mit vorwiegenden Allgemeinsymptomen spreche, und wenn ich nun sogar noch die Bemerkung hinzufüge, daß man bei der „nervösen Frau“, ganz gleich wie die Symptome zunächst auftreten, ob sie nun stark wechseln oder nicht, die Möglichkeit, daß die Person hysterisch ist, niemals aus dem Auge lassen darf, solange nicht eine andere Neurose in ausgeprägter Form vorhanden ist.

Eine Person ist hysterisch, bedeutet so viel, als sie kann gelegentlich Krankheitssymptome produzieren, und die Schwierigkeit bei unserm Typus liegt darin, daß hier die eigentlichen Produkte zurücktreten gegen die Allgemeinerscheinungen, die allen Neurosen zukommen, und es kommt darauf an, Anhaltspunkte dafür zu finden, ob wir uns bei einer solchen Kranken

darauf gefaßt halten müssen, eines Tages Produkte zu sehen. Ich bin überzeugt, daß wer nur auf Grund unserer Neurosenliteratur ohne reichere Erfahrung auf diesem Gebiete praktisch tätig sein will, unangenehme Überraschungen erleben wird, indem sich solche Kranke häufiger als einem lieb ist, als hysterisch entpuppen, sei es durch das Auftauchen eines charakterisstichen Produktes neben den Allgemeinerscheinungen, sei es durch einen plötzlichen Panoramawechsel, indem durch irgendein äußeres oder inneres Erlebnis die ganze Person plötzlich aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

So gibt es nach meiner Sanatoriumserfahrung einen Krankheitstypus bei jungen Weibern, der durch ein Daniederliegen aller nervösen Funktionen charakterisiert ist und der sich mir mehrere Male unter meinen Händen zu meiner großen Überraschung als Hysterie erwiesen hat. Es kommt eine junge Frau in die Anstalt, die sich kaum rühren kann, die nichts denken mag oder kann, die nur Ruhe haben will. Wir hören vielleicht sogar, daß sie sich überanstrengt hat, und die Untersuchung ergibt keine Anhaltspunkte für Hysterie. Unserer Diagnose einer Erschöpfungsneurose entsprechend legen wir die Kranke ins Bett, aber erreichen damit gar nichts, die Patientin wird sogar immer hinfälliger und träger. Da kommt eines Tages der Ehemann zu Besuch oder es gibt irgendeine Aufregung, die nicht der Rede wert ist, und siehe da, unsere Patientin zeigt plötzlich ein ganz anderes Bild, sie ist unruhig und bleibt es, sie wird ungnädig, oder sie bekommt einen Anfall irgendwelcher Art.

Das letzte ist das Charakteristischste. Für diese Krankheitsgruppe, die mir nicht zu den seltenen zu gehören scheint, sei als diagnostischer Anhaltspunkt auf das Symptom von Schmerzen in allen Gliedern hingewiesen, die teils spontan, teils durch Bewegung und Berührung veranlaßt, vielfach die Hauptbeschwerde der Kranken bilden und entschieden auf Hysterie hindeuten. Die Hypochonder klagen über alle andern Formen von Sensationen eher als über diese Art von Schmerzen, die etwas an die von Möbius beschriebene „Akinesia algera“ erinnern und vielleicht als abgeschwächte Formen dieses hysterischen Symptomenbildes aufzufassen sind.

Daß es gewöhnlich ein Anfall irgendwelcher Art ist, und sei es auch nur ein Weinkrampf, mit dem sich die Hysterie dieser Kranken entpuppt, ist kein Zufall. Tatsächlich haben alle Kranken, die zunächst wesentlich Allgemeinerscheinungen bieten, eine bemerkenswerte Neigung, bei Verschlimmerung ihres Zustandes Anfälle zu bekommen, und so stehen der dritte und der vierte unserer Typen in einem innerlichen Zusammenhange. Ich will natürlich nicht behaupten, daß eine Hysterie nicht einmal mit Anfällen irgendwelcher Art einsetzen könne. Sind doch Anfälle gelegentlich auch nachgeahmt und treten dann gewissermaßen als Organhysterie auf. Aber das gewöhnliche, und davon sprechen wir, ist die Aufpfropfung der Anfälle auf das Symptomenbild mehr oder weniger reichlicher Allgemeinerscheinungen. Da entsteht bei einer Aufregung ein Weinkrampf, der sich dann leicht wiederholt, da gibt es eines Tages einen Angstanfall mit Beklemmungen, eine Anfallsform mit einer gefährlichen Neigung sich einzunisten, oder es kommt im Schlafe ein Zusammenfahren vor, etwas, was bei jedem Gesunden vorkommt, aber bei der Hysterie wird es zum Keim ernsterer Anfälle und kann das ganze Bild verändern. Oder es gibt einmal aus irgendeiner Veranlassung auffällige vasomotorische Erscheinungen, die ebenfalls an sich nichts zu bedeuten haben, aber die Hysterie produziert daraus Anfälle, die leider sehr zur Einnistung neigen. Und schließlich kommen Ohnmachtsanfälle vor, etwa im Anschluß an Menstruationsbeschwerden, und hier haben wir schon den Übergang zu Bewußtseinsstörungen, die das Bild der schweren Hysterie heranführen.

Ist schon die Prognose der Kranken mit vielerlei Allgemeinerscheinungen ungünstiger als die der beiden ersten Gruppen, so wird sie noch ungünstiger, wenn Anfälle hinzukommen, und trübt sich dabei das Bewußtsein, so wird sie recht ernst. Die Aussicht der Kranken der letzten Gruppe bleibt immer trübe, auch wenn man von der Anlage zum Kranksein absieht und eine halbwegs ausreichende Leistungsfähigkeit als Gesundheit gelten läßt.

Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß gelegentlich akute Hysterien schwerster Art vorkommen, die bessere Heilungsaussichten bieten. Ich kenne z. B. Fälle, die durch Hypnose in länger dauernde Bewußtseinsstörungen geraten waren und bei denen eine Heilung gelang. Nun ist hier die Hysterie ein Kunstprodukt, aber ähnliches kommt auch auf natürlichem Wege zustande, und wenn sich eine Hysterie sehr schnell zur Höhe ausbildet, so ist eine Beseitigung auch schwerer Symptome immer eher zu hoffen.

Noch ist zu erwähnen, daß nicht etwa Somnambulismus sich mit dem Typus der schweren Hysterie deckt. Man denke nur an die ganz unschuldigen Formen des Schlafwandelns, die im Kindesalter auftreten. Mit dieser Schlaftrunkenheit, wie man wohl besser sagen würde, hat der Begriff des hysterischen

Somnambulismus freilich wenig zu tun. Von dem lebhaften Träumen der Kinder ist es noch sehr weit bis zu jenen Bewußtseinstrübungen, die weniger dem normalen Schlaf angehören als zu vergleichen sind den durch Hypnose erzielbaren Zuständen, die uns ein gewisses Verständnis für die schweren Hysterieformen erschlossen haben.

Unter den schweren Fällen ist eine weitere Sonderung wohl aufzustellen, jedoch von geringerer praktischer Bedeutung. Wir finden auf der einen Seite die Charakterveränderungen, die dadurch zustande kommen, daß die Kranken Wirklichkeit und Phantasie nicht mehr unterscheiden, nachdem durch zahlreiche Anfälle mit Bewußtseinstrübungen der Boden hierfür geschaffen ist, und auf der andern Seite die unter fortwährend wechselnden körperlichen Beschwerden leidenden, häufig ans Bett gefesselten Opfer der Krankheit, und schließlich die schwersten Fälle, die in den Irrenanstalten enden.

Noch einmal sei gesagt, daß diese schweren Typen des Leidens zum Ausgangspunkt der Beschreibung zu nehmen, den Praktiker nur beirren kann, denn gegenüber der Verbreitung der leichten Hysterie und der Rolle, die sie als Begleiterin organischer Affektionen spielt, sind alle schweren Formen Seltenheiten. Sie drängen sich in den Kliniken und Anstalten naturgemäß zusammen, aber man vergesse doch nicht, daß hier ein Material aus einer ganzen Provinz zusammenströmt, also eine Auslese der Fälle aus einer Million Menschen. Deswegen gehe ich hier auf diese Formen nicht weiter ein. Meine Absicht war gerade die, zunächst einmal einen Griff in die große Mannigfaltigkeit der alltäglichen Bilder der Krankheit zu tun, die der praktische Arzt zu sehen bekommt. Selbstverständlich kann dieser erste Versuch nur eine Anregung sein, eine Übersicht von meinem Standpunkt aus allmählich zu gewinnen.

Zusammenfassung:

Der Versuch, aus den Verlaufsformen der Hysterie einzelne Typen herauszugreifen und sie in Gruppen zu ordnen, ergibt fünf große Gruppen, in die sich die Verlaufsformen der Krankheit vorläufig einigermaßen unterbringen lassen:

1. Monosymptomatische Hysterie.
2. Organhysterie.
3. Hysterie, die sich vorwiegend in Allgemeinerscheinungen äußert.
4. Anfallshysterie.
5. Schwere Hysterie mit Veränderungen des Bewußtseinslebens.

Die meisten Fälle der Gruppe 2 entstehen aus 1, ebenso 4 aus 3. Zu den schweren Formen der Gruppe 5 kann sich zwar jede Hysterie entwickeln, jedoch zeigt Gruppe 4 dazu viel größere Neigung als 2.

Psychiatrie und Strafrechtspflege vor 75 Jahren.

Von Dr. *Karl Birnbaum*, Berlin-Buch.

In der Reichstagssitzung vom 21. Februar 1911 wurde wieder einmal über das Verhältnis von Psychiatrie und Strafrechtspflege ein Urteil abgegeben, das wir in den letzten Jahren oft genug zu hören bekommen haben. Bei der Beratung des Justizetats erklärte der Zentrumsabgeordnete Belzer*): „Ein schwerer Krebsschaden aber ist es, daß die Psychiatrie auf dem besten Wege ist, die Strafrechtspflege völlig zu ruinieren. Die Sachverständigen-Gutachten überwuchern und das Gericht — — läßt sich in dem Bestreben, die Straftat psychologisch aufzuklären, von der Straße des Rechts auf den Weg des Arztes treiben. — — Ein Sachverständiger findet sich immer, der an einem Menschen, der körperlich heruntergekommen ist, das Stigma der Geistesschwäche oder Geisteskrankheit erkennt." — Liest man diese und ähnliche Äußerungen über den unheilvollen Einfluß, den die „moderne Bewegung", wie sie der Abgeordnete Belzer nennt, auf die Strafrechtspflege ausübt, so wird einem stets der Gedanke wachgerufen, als sei es speziell der jüngsten Zeit vorbehalten geblieben, solche Mißstände zu erzeugen und zu so beunruhigendem Umfange anwachsen zu lassen. Da erscheint es nun naheliegend, einen Blick rückwärts in eine glücklichere Zeit zu tun, von der man ohne weiteres annimmt, sie habe sich von jenen angeblichen Auswüchsen frei gehalten. Und es überrascht, die Anschauungen kennen zu lernen, die vor einem halben Jahrhundert und noch weiter zurück berufne Beurteiler auf diesem Gebiete über das Verhältnis von Psychiatrie und Strafrechtspflege vertreten haben.

In Hitzigs Zeitschrift für die Kriminal-Rechtspflege 1828 sagt Toel: „Wenn in früheren Zeiten bei gesetzwidrigen Handlungen der Geisteszustand

*) Parlamentsbericht des Berl. Tageblatt v. 22. Februar 1911.

zu wenig berücksichtigt und unleugbar deshalb mancher Unschuldige, der nur eine Stelle im Irrenhause verdient hätte, als Verbrecher gerichtet wurde, so ist man in neueren Zeiten in ein entgegengesetztes Extrem verfallen. Aus falschen philanthropischen und philosophischen Ansichten hat sich die Neigung, jeden Verbrecher als geisteskrank darzustellen und ihn so den Händen der strafenden Gerechtigkeit zu entziehen, entwickelt. Mehrere noch wenig begründete Lehren der neueren Psychologie werden häufig zu diesem Zwecke gemißbraucht."

Hitzig selbst erklärt in seiner Zeitschrift: „Es kann keinem praktischen Kriminalisten, er möge sein Amt üben, wie er wolle, entgehen, welch ein böser Geist sich von Jahr zu Jahr in größerem Maße in dem Mißbrauch der Autorität offenbart, welche man den Ärzten in der Begutachtung zweifelhafter Gemütszustände eingeräumt hat. Mit einer Art von Triumph suchen sie, häufig sich als Defensoren betrachtend, deren Beruf es ist, der Strafgerechtigkeit ihre angeblich ungerechten Opfer zu entziehen, jeden Zustand der höchsten Leidenschaftlichkeit zu einem unfreien umzustempeln, und die Grundsatzlosigkeit, mit welcher sie dabei zum Teil verfahren, hat auf die Verwaltung der Kriminaljustiz einen zweifach nachteiligen Einfluß."

Burdach (Hitzigs Zeitschrift 1833) sagt: „Nur zu häufig verstößt man gegen die Grundsätze die Wahrheit auszumitteln aus übel verstandener Humanität. Die Ärzte . . . treten als Defensoren auf und bemühen sich, aus Krankheitssymptomen die Möglichkeit eines unfreien Zustandes zu deduzieren, dessen Wirklichkeit sie aus der Beschaffenheit der rechtswidrigen Handlung zu beweisen außerstande sind."

Bei Wildberg (Praktisches Handbuch für Physiker, Erfurt, 1833) heißt es: „Es wird nach meiner innigen Überzeugung der bürgerlichen Gesellschaft unendlich dadurch geschadet, und die Gerechtigkeitspflege zum großen Verderben der Menschheit dadurch irre geleitet, wenn sowohl Ärzte als auch Defensoren zu sehr darauf ausgehen, bei allen begangenen strafbaren Handlungen einen kranken Seelenzustand anzunehmen."

Clarus (Beiträge zur Erkenntnis und Beurteilung zweifelhafter Seelenzustände, Leipzig, 1828) betont: „Nicht mit Unrecht hat man den neueren Gerichtsärzten und Medizinal-Kollegien den Vorwurf gemacht, daß sie die Verbrecher, über deren Zurechnungsfähigkeit sie befragt werden, wie gefährliche Patienten betrachten."

Spangenberg (N. Arch. d. Kriminal-Rechts, Bd. II) erklärt gar, durch die ärztlichen Beurteilungen sei das Recht schon größtenteils untergegangen, und ein Psychiater, Bird (Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 1850) spricht direkt von dem Humanitätsschwindel, der soweit gehe, daß man bei erblicher Belastung Unzurechnungsfähigkeit annehme.

Daß auch von seiten des Gerichts mit solchen Anschauungen nicht zurückgehalten wurde, ergibt sich aus dem Berichte von Knop (Paradoxie des Willens, Leipzig, 1863), welcher zahlreiche derartige „Beweise" für einen „geistigen Bankrott in foro" angeführt hat. In einem Falle war der Angeklagte, der infolge drückender Nahrungssorgen sich und seine Familie zu vergiften versucht hatte, auf das exkulpierende „großes Aufsehen und Indignation" erregende Gutachten des Sachverständigen von den Geschworenen für nichtschuldig erklärt worden. Der Vorsitzende des Schwurgerichts äußerte sich nun dahin, es liege in diesem Falle ein Nachklang des Manie-Unwesens traurigen Andenkens vor, welches so lange eine Rolle in der Kriminaljustiz gespielt habe und eine Zeitlang letztere ganz unmöglich zu machen drohte, und der Ober-Staatsanwalt erklärte: „dieses Nichtschuldig ist abermals ein Faustschlag, welchen das Rechtsgefühl ins Gesicht erhalten hat, durch die Hypothesenkramerei der Doktoren."*)

All solche Äußerungen — und sie ließen sich leicht noch beliebig vermehren — sehen aus, als stammten sie aus der allerjüngsten Zeit. Sie beweisen jedenfalls, daß die Klagen über die Übergriffe der Psychiater durchaus nicht neueren Datums sind und nicht der „modernen Bewegung" ihre Entstehung

*) Übrigens ist auch die heutzutage in der Öffentlichkeit vielfach vorgebrachte Anschauung, daß der gesunde Menschenverstand völlig zu einem sachverständigen Urteil über abnorme Geisteszustände ausreiche, schon in jener lange zurückliegenden Zeit mit aller Bestimmtheit vertreten worden:

Regnault z. B. sagt in der Vorrede zu seinem „gerichtlichen Urteil der Ärzte über zweifelhafte psychische Zustände" (übersetzt von Bourel, Cöln, 1830): „Wenn das Gesetz will, daß die Ärzte bei Entscheidung über Irresein um Rat gefragt werden, so geschieht dies offenbar aus herkömmlicher Sitte; nichts würde willkürlicher sein als die Annahme einer ausschließlichen Befähigung der Ärzte zu diesem Geschäft. Wahrlich es gibt keinen Menschen von gesundem Verstande, der nicht eben so tüchtig wäre, in dieser Sache zu urteilen, wie Pinel und Esquirol, und welcher nicht außerdem noch vor diesen den Vorzug hätte, frei von jedem wissenschaftlichen Vorurteil zu sein." — Bekanntlich hat Regnault einen Vorgänger von nicht geringer Autorität in dieser Anschauung gehabt. Kein anderer als Kant war es ja, der den Ärzten das Recht zur Beurteilung der seelischen Zustände abstreitig zu machen suchte und den Philosophen zusprach.

verdanken. Wenn aber die gleichen Besorgnisse, wie dazumal, auch heute noch vorgebracht werden, so dürfte es zu dem vorausgeahnten völligen Bankerott der Strafrechtspflege unter dem Einflusse der Psychiatrie doch wohl nicht gekommen sein, und die damaligen Befürchtungen haben sich also als ungerechtfertigt erwiesen. Wie sie zustande kamen, liegt ja auf der Hand: Psychiatrische Anschauungen, an denen heutzutage kein Mensch mehr Anstoß nehmen würde, weil sie längst selbstverständlich geworden sind, waren damals, als sie ins Strafrecht hineinbrachen, so neu und ungewohnt, daß man vorwiegend ihre Schattenseiten sah und daraus übertriebene Schlüsse für die Zukunft zog. Ähnlich steht es aber auch jetzt, wo die neuartigen Anschauungen der Kriminalpsychologie und -psychopathologie sich in foro Geltung verschaffen. Auch hier dürfte die allmähliche Gewöhnung an diese Lehren zu einem ruhigeren und sachlichen Urteil über den Einfluß der Psychiatrie auf die Strafrechtspflege führen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

II. Strafprozessordnung.

§ 48.

Die Anordnung der Bekanntmachung des bayer. Justizministeriums vom 22. Juli 1908, daß Angehörige von jugendlichen Personen, „soweit sie nicht schon als Zeugen oder Sachverständige in Betracht kommen", als „Auskunftspersonen" zur Hauptverhandlung geladen und gehört werden sollen, widerspricht der Strafprozeßordnung, die eine Vernehmung von Auskunftspersonen nicht kennt. (RG. I, 1. März 1909.) Jahrb. pag. 169.

§ 52.

Ärzte dürfen ihre Aussage nicht nur in Ansehung dessen verweigern, was ihnen bei Ausübung ihres Berufs mündlich oder schriftlich von Person zu Person anvertraut war, sondern auch bezüglich anderer Wahrnehmungen, die sie bei der in Frage kommenden Gelegenheit infolge ihrer Zuziehung als Ärzte gemacht haben. Hinsichtlich der Verteidiger (§ 52 Nr. 2 StPO.) sagen die Motive ausdrücklich, zur Verweigerung des Zeugnisses genüge es, daß der Zeuge in seiner Eigenschaft als Verteidiger von der betreffenden Tatsache Kenntnis genommen hat. Nach dem Zwecke des Gesetzes muß das gleiche auch für Ärzte gelten. (RG. V, 8. Oktober 1909.)

Jahrb. pag. 169.

§ 56.

Keine gesetzliche Vorschrift verbietet, Geisteskranke als Zeugen zu vernehmen. Es ist Sache des freien Ermessens des Gerichts, ob es — ausschließlich auf Grund der sich selbst beigelegten Sachkunde — einer solchen Zeugenaussage Glauben schenken will oder nicht. (RG. III, 26. November 1908.)

Jahrb. pag. 170.

§ 56, Nr. 1.

Die Nichtbeeidigung eines Zeugen aus dem Grunde, daß er infolge Trunkenheit die Bedeutung des Eides nicht zu würdigen wisse, ist nicht gerechtfertigt. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Fähigkeit zu klaren Vorstellungen, wie sie namentlich durch Trunkenheit herbeigeführt werden, stehen nicht dem Mangel an Verstandesreife und nicht der Verstandesschwäche gleich; sie sind augenblickliche Hindernisse, die eine Aussetzung der Verhandlung nötig machen können, nach deren Beseitigung aber der erneuten Vernehmung und der Beendigung nichts im Wege steht. (RG. II, 30. November 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 251.

§ 60.

Der Sachverständigeneid deckt Bekundungen über Wahrnehmung tatsächlicher Vorgänge dann, wenn diese Wahrnehmungen bei Gelegenheit und aus Anlaß der sachverständigen Untersuchung gemacht sind. RG. IV, 8. Dezember 1908. Jahrb. pag. 172.

§ 79.

Wenn auch § 79 StPO. bestimmt, daß der Sachverständige vor Erstattung des Gutachtens zu beeidigen ist, so läßt sich doch diese Vorschrift nicht als eine zwingende Formvorschrift in dem Sinne ansehen, daß die Nachbeeidigung die Ungültigkeit der Sachverständigenvernehmung zur Folge hätte. Der Schwörende ist nach Maßgabe des § 514 StGB. verantwortlich, die Aussage ist in rechtsverbindlicher Weise beeidigt, das Gutachten ist durch den Sachverständigeneid gedeckt. (RG. I, 7. April 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1879.

§ 79.

§ 79 StPO. enthält keine Vorschrift darüber, daß und wie die Beeidigung eines für die Erstattung gewisser Gutachten im allgemeinen in Eidespflicht genommenen Sachverständigen konstatiert werden soll; dem erkennenden Gericht ist es daher nicht benommen, der betreffenden Angabe eines für gewisse Arten von Gutachten öffentlich bestellten Sachverständigen, wenn keine besonderen Bedenken dagegen vorliegen, Glauben zu schenken, und gegebenenfalls auch ohne Nachweis im einzelnen auf Grund allgemeiner Wissenschaft das Vorhandensein jener Verpflichtung anzunehmen; es besteht in dieser Richtung eine Vermutung für das gesetzmäßige Verfahren des Gerichtes. (RG. III, Fer.-Sen., 9. August 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3124.

§ 79.

In Preußen sind die Gerichtsärzte für Gutachten, die sie in den Grenzen ihrer amtlichen Zuständigkeit erstatten, als Sachverständige im allgemeinen beeidigt. (RG. V, 18. Juni 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 1189.

§ 81.

Die Anwendung des § 81 StPO. ist so lange ausgeschlossen, als die Möglichkeit besteht, daß abgesehen von dem Vorliegen eines Strafausschließungsgrundes nach § 51 StGB. durch die Erhebung angebotener Beweise die Beschränkung der Voruntersuchung nach § 188 StPO. deshalb sich ergibt, weil eine Entscheidung dahin begründet ist, daß der Angeklagte schon wegen des Fehlens eines zum Tatbestande der ihm zur Last gelegten Straftat erforderlichen objektiven Merkmals außer Verfolgung zu setzen ist. (Bayer. OLG., 14. Januar 1909.)

Jahrb. pag. 174.

§ 81.

Indem das Gericht den Antrag des Sachverständigen auf Beobachtung des Angeklagten in einer Irrenanstalt ablehnt, weil „die Entscheidung über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten nach Lage der Sache auf Grund des Ergebnisses der Hauptverhandlung erfolgen kann“, hält es sich innerhalb der Grenzen freier Beweiswürdigung (§ 260 StPO.) und insoweit findet eine Nachprüfung durch das Revisionsgericht nicht statt. (RG. I, 26. Oktober 1908.)

Jahrb. pag. 174.

§ 240.

Eine Ablehnung von Fragen an einen geladenen Sachverständigen mit der Begründung, daß die Sachverständigen nicht zur Beantwortung derartiger Fragen geladen seien, oder daß das Gericht selbst auf Grund persönlicher Erfahrung in der Lage sei, die Fragen zu beantworten, ist nicht gerechtfertigt. (RG. II, 30. März 1909.) Jahrb. pag. 180.

§ 338.

Eine Revision des wegen Geisteskrankheit freigesprochenen Angeklagten ist unzulässig. (RG. IV, 26. Juni 1909.) Jahrb. pag. 203.

§ 347.

Beschwerde ist nicht zulässig gegen die vom erkennenden Gerichte angeordnete Beobachtung des Angeklagten in einer Irrenanstalt. (Colmar, 8. Febr. 1908.) Jahrb. pag. 203.

§ 377, Nr. 8.

Das Gericht hat nur unterstellt, daß die als Zeugen benannten Kinder ihre Aussage ganz der Behauptung des Angeklagten entsprechend abgeben würden, hat aber die Vernehmung deshalb abgelehnt, weil selbst für diesen Fall die Behauptung des Angeklagten nicht für wahr angesehen werden würde. Es hat erwogen, daß bei dem erst zehnjährigen Alter der Kinder und da unter den örtlichen Umständen ein Hörenmüssen nicht anzunehmen sei, auch solche Kinder leicht einen Vorfall in ihrer Phantasie sich in einer Weise zurechtlegen, die der Wirklichkeit nicht entspricht, der Aussage dieser Kinder gegenüber den bestimmten gegenteiligen Bekundungen erwachsener Zeugen kein Gewicht würde beigelegt werden können. Die so begründete Ablehnung stellt sich nicht als unzulässige Beschränkung der Verteidigung, insbesondere nicht als unzulässige Vorwegnahme des Ergebnisses der beantragten Beweisaufnahme dar. Denn es handelt sich hier um bestimmte, vom Inhalt der abzugebenden Aussagen unabhängige Umstände, die sich auf die Persönlichkeit der Zeugen und auf die Verhältnisse, unter denen sie ihre Wahrnehmungen gemacht haben, beziehen. (RG. II, 17. Juni 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2768.

§ 383.

Der von der Strafkammer verurteilte Angeklagte war zwar Gefangener, befand sich aber als solcher in der Landesirrenanstalt. Die Zustellung an ihn durfte daher jedenfalls durch die Post erfolgen. Sie konnte wirksam geschehen, weil er verhandlungsfähig war und ist auch gemäß § 181 Abs. 1 ZPO., § 37 StPO. formgerecht als Ersatzzustellung zu Händen des Direktors der Anstalt vollzogen worden, da dem Postboten der Zutritt zu dem Angeklagten als Geisteskranken nicht gestattet wurde, der zustellende Postbote also den Zustellungsempfänger in der als dessen „Wohnung“ anzusehenden Anstalt nicht antraf. (RG. V, 9. März 1909.) Jahrb. pag. 211.

§ 493.

Die in einer Irrenanstalt verbrachte Zeit wird auf die Strafhaft nicht angerechnet, wenn der Gefangene vor Überführung in sie aus der Strafhaft von der Vollstreckungsbehörde förmlich entlassen ist. Trotz einer solchen Entlassung ist aber die Behandlung des Kranken in der Irrenanstalt nach Art eines Gefangenen als Strafvollstreckung anzusehen, wenn sie auf Anlaß der Vollstreckungsbehörde erfolgt. (Düsseldorf, 28. November 1908.) Jahrb. pag. 220.

III. Militärstrafgesetzordnung.

§ 197.

Der geleistete Zeugeneid deckt auch den Sachverständigeneid. (RMG. II, 1. April 1908.)

Jahrb. pag. 229.

§ 445.

Ist in einem vom Gerichtsherrn zugunsten eines wegen Dienstuntauglichkeit in die Heimat entlassenen Verurteilten eingeleiteten und auf § 51 StGB. gestützten Wiederaufnahmeverfahren die Erstattung eines psychiatrischen Gutachtens angeordnet, welches die vorhergehende Beobachtung des Angeklagten in einer Irrenanstalt erforderlich macht, so hängt der Erfolg des Wiederaufnahmeantrages davon ab, daß der Angeklagte freiwillig diese Beobachtung ermöglicht. (RMG. II, 7. Dezember 1907.)

Jahrb. pag. 239.

§ 446.

Macht der Verurteilte durch eigenes Verhalten, z. B. dadurch, daß er sich der angeordneten Beobachtung seines Geisteszustandes entzieht, die Erbringung des vom Gerichtsherrn zu seinen Gunsten angetretenen Beweises seiner Unzurechnungsfähigkeit bei Begehung der Straftaten unmöglich, so ist der Wiederaufnahmeantrag als unbegründet zu verwerfen. (RMG. II, 7. Dezember 1907.)

Jahrb. pag. 239.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Im Verlage von Bergmann-Wiesbaden erschien kürzlich das erste Heft des neuen **„Zentralblattes für Psychoanalyse“**, welches der Herausgeber S. Freud mit einem Artikel über „die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“ einleitet. Eine erhebliche Steigerung der therapeutischen Leistung wird erwartet: 1. durch inneren Fortschritt, 2. durch Zuwachs an Autorität, 3. durch die Allgemeinwirkung der psychoanalytischen Arbeiten. Wichtige Ergänzungen werden aus der Traumdeutung erwartet. Ein hier angeführtes, neu gefundenes Symbol wird die Kritik herausfordern. F. teilt mit, daß er neuerdings dem Vorkommen von Treppen, Leitern im Traum Aufmerksamkeit geschenkt und bald festgestellt hat, daß die Stiege ein „sicheres Koïtussymbol“ darstellt. M.

— Es ist beabsichtigt, die 41. Versammlung der **Südwestdeutschen Irrenärzte**, die im Herbst d. J. in Karlsruhe tagen soll, in Verbindung mit der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte abzuhalten. Für diese Versammlung werden später noch Sonder-Einladungen ergehen, doch bittet der unterzeichnete Geschäftsführer schon jetzt um gefl. Anmeldung von Vorträgen.

Dr. Neumann, Karlsruhe (Baden),
Stefanienstraße 71.

Referate.

— Untersuchungskasten für schwachsinnige Kinder nach Prof. Dr. med. Weygandt, Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

Prof. Dr. Ficker vom Berliner Hygienischen Institut hatte zu Beginn des Jahres 1910 bei den im Auftrage des preußischen Kultusministeriums stattgefundenen Vorarbeiten zu einer Gesamtausstellung der Unterrichtshygiene in Deutschland für die Brüsseler Weltausstellung an Prof. Weygandt die Bitte gerichtet, einen von ihm 1903 zusammengestellten Schwachsinns-Prüfungskasten zur Verfügung zu stellen. Prof. Weygandt hat zu diesem Zweck die Kollektion vervollständigt und neu herstellen lassen. Sie wurde in Brüssel ausgestellt. Die Firma P. J. Müller in Charlottenburg hat nun die Herstellung und den Vertrieb übernommen.*)

Die Sammlung besteht aus einer Reihe von Gegenständen, die sich zur Prüfung des Geisteszustandes von Schwachsinnigen und von Kindern vor dem schulpflichtigen Alter eignen und in systematischer Weise aneinandergereiht sind.

Seine wesentlichsten, an sich leicht variierbaren Bestandteile sind:

1. Zur Prüfung optischer Eindrücke einfache Objekte der Umgebung wie Löffel, Tasse, Körbchen. Bei Messer und Gabel kommt noch dazu der Faktor der Gefährlichkeit und die dadurch bedingte Vorsicht in der Handhabung seitens der Prüflinge zur Geltung.

2. Optische Eindrücke, verbunden mit taktilem Reiz: Bürste, nasses Schwämmchen.

3. Nachbildung von Objekten der Umgebung, zunächst in natürlicher Größe: Atrappen von Apfel und Birne, Wurst, künstliche Mäuse und Vögel.

4. Nachbildung von Objekten der Umgebung in

*) Ein Schwachsinns-Prüfungskasten. Von Prof. Weygandt-Hamburg. Sonderabzug aus der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns 1910.

verkleinertem Maßstabe: Stuhl, Pferd, Huhn, Soldaten.

5. Nachbildung von Objekten der Umgebung in verkleinertem Maßstabe ohne den Faktor der Farbe: Tiere, Schiffchen.

6. Nachbildung von Objekten der Umgebung in verkleinertem Maßstabe unter Verzicht auf plastische Form: Flaches Modell eines Pferdes, Lammes usw.

7. Objekt der Umgebung zum Hantieren: Schloß mit Schlüssel.

8. Modelle aus der Umgebung zum Hantieren: Puppe zum Auskleiden.

9. Objekte mit akustischen Reizen: Pfeifen, schreiender Frosch, Spieldose, Klingel.

10. Objekte zur Prüfung der Geschicklichkeit: Bälle und Kreisel.

11. Objekt mit akustischem Reiz zur Prüfung der Geschicklichkeit und Nachahmungsfähigkeit: Kinderklavier.

12. Lebhaftere Sinnesreize können durch Nadelstiche, aufblitzendes Licht usw. festgestellt werden.

13. Bewegliche Objekte: Laufende Maus, beweglicher Käfer, rollende Figuren, flatternder Schmetterling.

14. Zur Prüfung affektiver Erregbarkeit dient ein Überraschungskästchen mit herausspringender, 2 m langer Schlange, eine beweglich scheinende, widerwärtige Spinne, dann bunte Glaskugeln, die vor den Augen des Kindes zu zerbrechen sind.

15. Prüfung auf Gewichtstäuschung (sogenanntes Demoorsches Phänomen): zwei gleich schwere, verschieden große Gegenstände (hier zwei bunte Zylinder) werden von Normalen infolge der Assoziation der Korrelation zwischen Gewicht und Größe falsch geschätzt, indem das kleinere für schwerer gehalten wird, während Kinder unter sechs Jahren sowie Schwachbefähigte unter vierzehn Jahren und Schwachsinnige jeden Alters dieser Täuschung nicht unterliegen, sondern sie bezeichnen gewöhnlich das kleinere Gewicht als leichter oder auch beide als gleich schwer.

16. Zur Prüfung der Fähigkeit zum alltäglichen Gebrauch der Hände dienen die Modelle zum Zuknöpfen und zum Schuheschnüren.

17. Zur Prüfung der Geschicklichkeit des Auges und der Hände dienen einfache Spiel- und Baukästen.

18. Zur Prüfung der zeichnerischen und plastischen Fähigkeiten sind Plastilinmodellierkasten und Buntstifte bestimmt.

Zur Prüfung des optischen Erkennens dienen schließlich Bilder mannigfacher Art, und zwar

19. farbige Bilder, einfache und kompliziertere,

20. schwarzweiße Bilder,

21. Silhouetten.

Nicht aufgenommen sind Objekte, die der Untersucher gewöhnlich bei der Hand hat, wie Nadel, Zündhölzer, Taschentuch, ferner alle auf Schulkenntnisse fußende Methoden, insbesondere in bezug auf Lesen, Schreiben, Rechnen.

Personalnachrichten.

— **Halle a. S.** Dem Verleger der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift Verlagsbuchhändler Walther Jäh, in Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, wurde das Ritterkreuz des Sachsen-Ernestinischen Hausordens verliehen.

— **Münster i. W.** Mit dem 1. April ds. Js. trat der Direktor der Provinzialheilanstalt Geheimer Medizinalrat Dr. Gerlach in den Ruhestand. Ueber 33 Jahr in dieser leitenden Stellung hat er sich sowohl um die Entwicklung seiner Anstalt, wie auch des gesamten Irrenwesens der überaus rasch aufblühenden Provinz Westfalen als Berater der Provinzial-Verwaltung große, dauernde Verdienste erworben.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der **Staats-Irrenanstalt zu Lübeck** ist die Stelle des

II. Assistenzarztes

zum 1. Juni ds. Js. zu besetzen. Das Gehalt beträgt M. 2000,— steigend mit jährlichen Zulagen von M. 200,— bis zum Höchstgehalt von M. 3000,— für das Jahr und freier Station.

Bewerbungen nebst Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Lübeck, im April 1911.

E. Z. 214/I.

Ausschreibung.

Bei der tyrolischen Landes-Irrenanstalt in **Pergine** kommt die Stelle des

Direktors und Primararztes

mit den Bezügen der VII. Rangsklasse der den Staatsbeamten gleichgestellten Landesbeamten zur Besetzung. Mit der erwähnten Stelle ist der Genuß einer Naturalwohnung verbunden.

Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Tauf- und Heimatscheine, dem an einer österreichischen Universität erlangten Diplome eines Doktors der gesamten Heilkunde, dem Nachweise über ihre bisherige Dienstleistung überhaupt und insbesonders über eine mehrjährige praktische ärztliche Verwendung an einer größeren Irrenanstalt, und allfällige in das Gebiet der Psychiatrie einschlagende literarische Arbeiten, endlich mit dem Nachweise der Kenntnis der deutschen und italienischen Landessprache versehenen Gesuche (eventuell im Dienstwege) bis Ende April 1911 beim gefertigten Landesausschusse einzubringen.

Innsbruck, am 17. März 1911.

Vom Landesausschuß der gefürsteten Grafschaft Tirol.

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgenden Seiten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 4. 22. April **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Frage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. Von Prof. Dr. Sommer, Gießen. (S. 31.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie X. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner in Greifswald. (Fortsetzung.) (S. 34.) — Mitteilungen (S. 36.): Die Entwicklung der Irrenfürsorge im Königreich Württemberg. Über die chemische Identität der Antikörperbildung mit der Zelldegeneration. Unfallversicherung des Pflegepersonals in Irrenanstalten. Schweizerische Neurologische Gesellschaft. — Personalnachrichten (S. 37).

Zur Frage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes.

Von Prof. Dr. *Sommer*, Gießen.

Der in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift (1910, Nr. 31) von mir gemachte Vorschlag, dem Reichsgesundheitsamt eine psychiatrische Abteilung anzugliedern, ist in der Petitions-Kommission des Deutschen Reichstages vom 25. Januar 1911 zur eingehenden Verhandlung gekommen. Voraussetzung hierzu war, daß ich den Aufsatz den für die eventuelle Einrichtung zuständigen Stellen, darunter auch dem Präsidium des Reichstags, mit der Bitte um Prüfung und Förderung hatte zugehen lassen.

Zunächst habe ich meinen lebhaften Dank dafür auszudrücken, daß die von mir erbetene Prüfung in eingehender Weise von der betreffenden Kommission des Reichstags vorgenommen worden ist. Ich habe die Auffassung, daß für Neuerungsvorschläge Ignorierung viel gefährlicher ist als Opposition mit Angabe der Gründe, und kann daher in der vorläufigen Ablehnung, die mein Vorschlag in einem wesentlichen Punkt von seiten des Herrn Referenten und des Herrn Regierungsvertreters gefunden hat, kein für den Plan schädliches Ereignis sehen, besonders, da ich in der Lage zu sein glaube, die geäußerten Bedenken zu widerlegen. Diese sind nach den Zeitungsberichten lediglich in dem einen Punkt geäußert worden, daß ich die Verbindung der eventuellen Abteilung mit einer klinischen Beobachtungsstation für erforderlich und zum wirklichen Gedeihen der Einrichtung als unerläßlich bezeichnet habe. Gegen die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung an sich, abgesehen von der besonderen Frage einer damit verbundenen Klinik, sind nach den mir bisher vorliegenden Nachrichten Einwendungen nicht gemacht worden. In einem Zeitungsbericht — vergl. Vossische Zeitung, Abendausgabe vom 24. Februar 1911 — ist folgendes ausgeführt:

„Die Petitionskommission des Reichstags hat sich am 25. Januar mit dieser Eingabe beschäftigt. Heute liegt der Kommissionsbericht vor. Danach hob der Berichterstatter Dr. Hoeffel in jener Kommissionssitzung die Tragweite der Vorschläge, ihres Verhältnisses zu den bestehenden Organisationen und ihrer finanziellen Konsequenzen hervor. Er kam zu dem Ergebnis, daß die Petition beachtungswerte Anregungen enthalte, jedoch Forderungen in sich fasse, die praktisch undurchführbar seien.

Wollte man klinische Abteilungen für Psychiatrie beim Reichsgesundheitsamt einführen, so würden auch die Vertreter anderer Gebiete der sozialen Medizin, für Säuglingsfürsorge, Krüppelfürsorge, Gewerbekrankheiten, Geschlechtskrankheiten usw., ähnliche Forderungen stellen. Zweck und Ziel des Reichsgesundheitsamts würden gänzlich verschoben werden. Die klinischen Abteilungen sowohl für Psychiatrie wie für andere Krankheiten seien in den Krankenhäusern im Anschluß an die Fakultäten untergebracht, dort finden die wissenschaftlich wichtigen Fälle ihre Verwertung, dort würden die Untersuchungsmethoden und die Ursachenforschung gepflegt und ausgearbeitet.

Hiernach gab der Regierungskommissar, Geh. Ober-Reg.-Rat Frh. v. Stein eine Erklärung ab des Inhalts, die Einrichtung einer Zentrale für psychiatrische Forschung und Irrenpflege durch das Reich könne nicht in Aussicht genommen werden. Nach Ansicht des Petenten selbst wäre es unerläßlich, mit einer solchen Zentralstelle eine Irrenklinik zu verbinden; die Schaffung und Unterhaltung klinischer Institute liege aber außer dem Bereiche der Reichstätigkeit auf medizinischem Gebiete. Es liege auch kein Grund vor, für das Gebiet der Irrenpflege die Grenzen zwischen Reich und Einzelstaaten zu verschieben. Auf Vorschlag des Regierungskommissars beantragte hiernach der Berichterstatter, die Sommersche Eingabe dem Reichskanzler als Material zu überweisen. Die Kommission beschloß in diesem Sinne."

Es handelt sich hierbei im wesentlichen um die

Furcht vor den angenommenen Konsequenzen einer **klinischen** Einrichtung bei der eventuellen psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamts. Man fürchtet, daß die Vertreter der obengenannten anderen Gebiete der sozialen Medizin entsprechende Forderungen stellen könnten, und daß dadurch die Aufgaben des Reichsgesundheitsamts völlig verschoben würden. Hiergegen sind folgende Punkte einzuwenden:

1. Das Reichsgesundheitsamt ist jetzt schon seiner Aufgabe nach nicht mehr nur eine statistische Einrichtung, sondern ist im Besitz einer Reihe von biologischen Forschungsinstituten. Die zusammenfassende Beschreibung des Reichsgesundheitsamts, die gelegentlich des internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie 1907 in Berlin erschienen ist, gibt hierüber eine zusammenhängende Darstellung.

Es heißt dort Seite 1:

„Das im Jahre 1876 errichtete Gesundheitsamt soll, wie die damals ihm zugewiesenen Aufgaben lauten, den Reichskanzler (Reichsamt des Innern) sowohl in der Ausübung des ihm verfassungsmäßig zustehenden Aufsichtsrechts über die Ausführung der in den Kreis der Medizinal- und Veterinärpolizei fallenden Maßregeln als auch in der Vorbereitung der weiter auf diesem Gebiete in Aussicht zu nehmenden Gesetzgebung unterstützen. Zu diesem Zweck soll es von den hierfür in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Einrichtungen Kenntnis nehmen, die Wirkungen der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffenen Maßnahmen beobachten und in geeigneten Fällen den Staats- und Gemeindebehörden Auskunft erteilen, ferner die Entwicklung der Medizinalgesetzgebung in außerdeutschen Ländern verfolgen, sowie eine genügende medizinische Statistik für Deutschland herstellen. **Dieser ursprüngliche Wirkungskreis hat im Laufe der Zeit mannigfache Erweiterungen erfahren. Insbesondere ergab sich die Notwendigkeit eigener wissenschaftlicher Forschungstätigkeit teils auf Gebieten, wo Vorarbeiten überhaupt fehlten, teils bei Angelegenheiten, deren Befürwortung für eine reichsrechtliche Regelung vorheriger amtlicher Nachprüfung bedurfte.**

So entstand eine umfangreiche experimentelle Tätigkeit in Laboratorien und mittels Tierversuchen, insbesondere auch die Beteiligung an der wissenschaftlichen und praktischen Erforschung des Wesens, der Verbreitung und bestmöglichen Bekämpfung einer Reihe epidemisch auftretender Menschen- und Tierkrankheiten. Zu diesem Zwecke ist eine fortgesetzte aufmerksame Verfolgung der wissenschaftlichen und praktischen Fortschritte auf allen für die Gesundheits- und Veterinärpolizei wichtigen Wissensgebieten (Medizin, Tierheilkunde, Physik, Meteorologie, Chemie, Desinfektionswesen, Biologie, Arzneikunde, Militär-, Marine- und Kolonial-Gesundheitswesen, Technologie, Landwirtschaft usw.) sowie eine fortlaufende Erkundung der tatsächlichen Vorgänge innerhalb der beteiligten industriellen Gewerbe- und Handelskreise sowohl des In- wie des Auslands notwendig. Das Gesundheitsamt bildet innerhalb der Reichsverwaltung das Vermittlungsorgan zwischen der reinen Wissenschaft und dem öffentlichen Leben, soweit es von den Forschungsergebnissen der ersteren praktischen Nutzen auf sanitärem und veterinärem Gebiete ziehen soll und kann. Für die Erledigung der ihm zufallenden Aufgaben sind innerhalb des Gesundheitsamts vier Abteilungen gebildet:

I. **Die chemisch-hygienische Abteilung**, welche vier Laboratorien umfaßt. (Nämlich 1. ein chemisches Laboratorium, 2. ein hygienisches Laboratorium, 3. ein physiologisch-pharmakologisches und 4. ein pharmazeutisches Laboratorium.)

II. **Die medizinische Abteilung.** Hier werden die Arbeiten über ansteckende Krankheiten, Schiffs- und Tropenhygiene, Gewerbe- und Wohnungshygiene, Heilanstalten und Krankenwesen, Leichenwesen, Kurpfuscherei, Alkoholismus, Angelegenheiten der Ärzte, Zahnärzte, Hebammen und des sonstigen Heilpersonals, soweit sie nicht chemischer oder bakteriologischer Art sind, erledigt. Ferner werden statistische Zusammenstellungen über den Gesundheitszustand, über die Bewegung der Bevölkerung, insbesondere Todesursachen, über Taubstumme usw. gefertigt. Die dieser Abteilung angegliederte Bibliothek des Amts ist auf etwa 60000 Bände angewachsen; die Zahl der Zeitschriften beträgt rund 400.

III. **Die Veterinär-Abteilung.**

IV. **Die bakteriologische Abteilung**, die drei Laboratorien umfaßt. In zwei Laboratorien werden Forschungen über die Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere angestellt (u. a. über Tuberkulose, Maul- und Klauenseuche, Schweinepest, Geflügelkrankheiten). Die Untersuchungen bezwecken nicht nur die Nachprüfung vorgeschlagener Vorbeugungs- oder Heilverfahren, sondern auch die Auffindung neuer Methoden. Auch wird Serum zu diagnostischen Zwecken hergestellt und für amtliche Zwecke abgegeben (Typhus-, Paratyphus-, Cholera-, Ruhr-Serum). Bei Pest- und Cholera-Verdacht wird auf Ansuchen von Behörden die bakteriologische Prüfung behufs Feststellung der Krankheit ausgeführt. Desinfektionsmittel werden chemisch geprüft und praktisch erprobt, ferner biochemische Fragen aus dem Gebiete der Bakteriologie und Immunitätsforschung untersucht. — Außerdem werden in dem zu dieser Abteilung gehörigen Protozoenlaboratorium Untersuchungen über parasitische Protozoen ausgeführt, z. B. über Hühnerseptikämie, Beulenkrankheit der Barben; auch Krebs und bösartige Geschwülste bei Tieren bilden den Gegenstand der Untersuchung. In Verbindung mit diesem Laboratorium steht ein vom Reiche unterhaltener Arbeitsplatz an der zoologischen Station des Berliner Aquariums in Rovigno, wo namentlich über Malaria gearbeitet worden ist. — Die ehedem im Gesundheitsamte bestandene biologische Abteilung für Land- und Forstwirtschaft ist im Jahre 1905 zu einer selbständigen Reichsbehörde für die technische Begutachtung und experimentelle Bearbeitung der auf dem Gebiete der Pflanzenkultur liegenden Aufgaben, insbesondere des Pflanzenschutzes und der Bodenbakteriologie erhoben worden." —

Es geht daraus hervor, daß da, wo bisher schon für die Aufgaben des Reichsgesundheitsamts Institute notwendig waren, diese geschaffen worden sind. Ich kann nun vom Standpunkt der Naturwissenschaft keinen prinzipiellen Unterschied erblicken zwischen Instituten, an denen z. B. die Lebenserscheinungen

bakterieller Art studiert werden, und solchen, bei denen die Psychologie und Physiologie bestimmter Kategorien von Menschen erforscht werden. Der Spezialbegriff einer Klinik ändert nichts an der Tatsache, daß die Erforschung der Eigenschaften bestimmter biologischer Arten im Grunde zusammenhängt. Tatsächlich geht auch sonst in der Wissenschaft das Studium von Krankheiten bei Menschen und Tieren und das Studium von niederen Lebewesen Hand in Hand, so daß ein gemeinsames Gebiet für Bakteriologen, physiologische Chemiker und Kliniker besteht. Ich erinnere nur an die Erforschung der meta-syphilitischen Krankheiten, der Schlafkrankheit, der Tuberkulose, des Krebses usw. Überall sehen wir die verschiedenen Teile der biologischen Wissenschaft miteinander durch zahlreiche Beziehungen verknüpft. Es ist daher vom Standpunkt der allgemeinen Naturwissenschaft kein Grund gegen die Angliederung von klinischen Abteilungen an das Reichsgesundheitsamt vorhanden.

2. Die Befürchtung, daß nach Einrichtung einer Klinik als Grundlage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamts nun ohne weiteres eine große Zahl anderer klinischer Fächer mit gleichen Forderungen kommen könnte, ist unbegründet. Die Einrichtung von besonderen biologischen Instituten im Rahmen der Organisation des Reichsgesundheitsamts ist bisher lediglich infolge von bestimmten Bedürfnissen dieser Art geschehen, und es liegt keine Veranlassung vor, über dieses Bedürfnis hinaus solche Institute, mögen sie nun klinische sein oder nicht, zu begründen. Die von dem Herrn Referenten geäußerte Befürchtung, daß auch für die Säuglingsfürsorge, Krüppelfürsorge, Gewerbekrankheiten, Geschlechtskrankheiten usw. ähnliche Einrichtungen gefordert werden würden, könnte daher nur dann zutreffen, wenn ein der jetzigen psychiatrischen Sachlage entsprechendes gleich großes Bedürfnis nach Einrichtungen dieser Art in Form von Instituten des Reichsgesundheitsamts vorhanden wäre. Dieses ist jedoch bei keinem der genannten medizinischen Gebiete in so hohem Grad der Fall, wie bei der Psychiatrie. Nur in bezug auf die Geschlechtskrankheiten mit ihrer außerordentlich einschneidenden sozialen Bedeutung könnte eine derartige Folgerung vom Standpunkt des Bedürfnisses zurzeit in Frage kommen. Ohne die soziale Bedeutung der genannten Fächer irgendwie verkleinern zu wollen, genügt ein Hinblick auf die geradezu außerordentliche Beschäftigung der Presse und der weiteren Öffentlichkeit mit psychiatrischen Dingen, um die dringende Notwendigkeit einer psychiatrischen Organisation in diesem Zusammenhange ins Licht zu setzen. Gerade diese massenhafte Beschäftigung des ganzen Volkes mit psychiatrischen Fragen, z. B. bei der psychiatrischen Begutachtung vor Gericht, bei dem enormen Anwachsen der Irrenanstalten, bei den vielfachen, durch Geisteskranke verursachten Unglücksfällen, bei den Petitionen wegen angeblich ungerechten Internierungen usw., hat ja dazu geführt, daß diese Fragen schon längst bis in den Reichstag gedrungen sind und zur Forderung eines Irrengesetzes geführt haben. Ich halte die Forderung eines solchen für viel weitgehender und einschneidender, als die von mir vorgeschlagene Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung bei dem Reichsgesundheitsamt, die ohne jeden Eingriff in die Rechte der einzelnen Bundesstaaten und Provinzen in bezug auf die praktische Organisation des Irrenwesens bestehen könnte.

3. Der Hinweis, daß die klinischen Abteilungen in den Krankenhäusern im Anschluß an die Fakultäten untergebracht sind, und speziell dort die wissenschaftlich wichtigen Fälle ihre Verwertung finden, ist insofern zu ergänzen, als auch vielfach aus psychiatrischen Anstalten, die nicht als Kliniken zu den medizinischen Fakultäten gehören, sehr wichtige klinische Studien hervorgegangen sind, so daß also auch diejenigen psychiatrischen Anstalten, die im rechtlichen Sinn nur Organe bestimmter staatlicher oder provinzialer Bedürfnisse sind, an der Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft lebhaft teilgenommen haben. Es ist kein Grund zu sehen, weshalb man den bisherigen Einrichtungen dieser Art nicht auch eine klinisch psychiatrische Abteilung bei dem Reichsgesundheitsamt an die Seite setzen soll, wenn für dieses eine solche Abteilung nach seinen natürlichen Bedürfnissen nötig ist. Es kann selbstverständlich keine Rede davon sein, daß in einer solchen Abteilung die psychiatrische Forschung zentralisiert werden könnte. Auch bei den jetzt vorhandenen biologischen Instituten des Reichsgesundheitsamts denkt doch niemand daran, daß diese Institute eine wissenschaftliche Führerstelle haben müßten. Wenn hervorragende Arbeiten daraus hervorgegangen sind, so ist dies lediglich eine Wirkung von der Auswahl der Mitarbeiter und von der besonders sorgfältigen Organisation des wissenschaftlichen Betriebes. Im Zusammenhang mit den anderen Instituten haben sie selbstverständlich nur den Rang einer gleichberechtigten Arbeitsstätte, nicht den Sinn einer dogmatischen Zentralisation. Das gleiche würde eventuell für die von mir vorgeschlagene klinische Abteilung gelten. Es sind daher auch alle Befürchtungen über Zentralisation der psychiatrischen

Forschung bei der von mir vorgeschlagenen Einrichtung von vornherein ausgeschlossen.

4. Es bleibt somit lediglich die Frage, ob ein Bedürfnis dafür besteht, eine psychiatrische Abteilung des Reichsgesundheitsamts zu schaffen, und zwar nach meinem Vorschlag mit vier Unterabteilungen, nämlich 1. einer Abteilung für Statistik und Anstaltswesen, 2. einer klinischen Abteilung, die besonders die Untersuchungsmethoden und Ursachenforschung zu pflegen hätte, 3. einer Abteilung für forensische Psychiatrie, die sich zugleich mit den vielen in die Tagespresse gelangenden, zum Teil irrtümlichen Mitteilungen über psychiatrische Begutachtungsfälle zu beschäftigen hätte, 4. einer Abteilung für Vererbungslehre und psychische Hygiene in weitestem Sinne.

Es ist ersichtlich, daß sich die in der Petitions-Kommission des Reichstags geltend gemachten Bedenken lediglich auf Nummer 2 — die klinische Abteilung — beziehen, während irgendwelche Gründe gegen die anderen drei Punkte und ihre Organisation in Form einer besonderen Abteilung beim Reichsgesundheitsamt überhaupt nicht geltend gemacht worden sind. Es kann somit die Einrichtung als solche auch dann noch getroffen werden, wenn man die klinische Abteilung vorläufig als strittig wegläßt. Ich würde diese teilweise Weglassung jedoch im Sinne meines ersten Aufsatzes sehr bedauern, weil dadurch der ganzen Einrichtung der Boden der klinischen Erfahrung von vornherein entzogen oder vielmehr nicht geboten würde.

Gerade die Psychiatrie ist eine Wissenschaft, die ohne andauernde klinische Erfahrung über die tatsächlichen Vorgänge bei den Kranken nicht richtig getrieben werden kann. Es ist also die von mir vorgeschlagene psychiatrische Abteilung bei dem Reichsgesundheitsamt auch ohne die unter 2 genannte kleine Klinik möglich, jedoch fürchte ich, daß ohne sie der ganze Betrieb und die Leitung der Abteilung eine fortschreitende Bureaukratisierung und Rationalisierung erfahren wird, die zum Schaden für die ganze Einrichtung ausschlagen könnte. Ich gebe allerdings zu, daß vorläufig auch ohne die unter 2 genannte klinische Einrichtung der Versuch einer solchen Organisation gemacht werden könnte, würde dies aber von vornherein nur als einen Übergangszustand betrachten, dem die Einrichtung einer kleinen Klinik aus den genannten Gründen zu folgen hätte.

Jedenfalls ist mit der durch die Petitions-Kommission geschehenen Ablehnung einer klinischen Einrichtung durchaus nicht der Grundgedanke meiner Vorschläge widerlegt oder verneint. Das gleiche gilt für die von dem Herrn Regierungskommissar Geh. Ober-Reg.-Rat Freiherr v. Stein abgegebene Erklärung, wonach die Einrichtung einer Zentrale für psychiatrische Forschung und Irrenpflege durch das Reich nicht in Aussicht genommen werden könne. Die weitere Äußerung desselben, es läge auch kein Grund vor, für das Gebiet der Irrenpflege die Grenzen zwischen Reich und Einzelstaaten zu verschieben, ist nach meinen obigen Darlegungen unter 1 bis 4 gegenstandslos, da nach meinem Vorschlag von einer Zentralisation in diesem Sinne gar keine Rede sein kann. Nach den erwähnten Verhandlungen ist mein Vorschlag dem Reichskanzler als Material bei der weiteren Behandlung der schwebenden psychiatrischen Fragen überwiesen worden. Ich bin auch nach dem Studium dieser Verhandlungen noch fest überzeugt, daß eine psychiatrische Abteilung bei dem Reichsgesundheitsamt nicht nur theoretisch notwendig, sondern auch praktisch möglich ist.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

IV. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6, Nr. 1.

Eine Entmündigung ist nicht möglich, wenn die Störung der Geistestätigkeit sich auf einzelne oder einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten beschränkt.

Ist der Geisteskranke, wie dies namentlich beim Querulantenwahnsinn der Fall ist, von bestimmten krankhaften Vorstellungen beherrscht, so kommt es darauf an, ob diese krankhaften Vorstellungen ihn derart ausfüllen, daß sie auf sein Handeln überall Einfluß haben, und daß seine gesamten Lebensverhältnisse mehr oder weniger hierdurch in Mitleidenschaft gezogen werden. (RG. IV, 30. Juni 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3149.

§ 6, Nr. 1.

Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit setzt nicht voraus, daß der zu Entmündigende infolge

seines krankhaften Zustandes bei der Besorgung seiner Angelegenheiten bereits zu Schaden gekommen ist.

Das Gesetz fordert in § 6, Nr. 1 BGB. nicht mehr, als daß das Unvermögen zur Besorgung seiner Angelegenheiten zur Zeit der Entmündigung vorhanden sei, setzt mithin keineswegs voraus, daß der zu Entmündigende infolge seiner Geisteskrankheit seine Angelegenheiten bereits in einen solchen Grad von Unordnung gebracht habe, daß deshalb erst die Entmündigung geboten sei. (RG. IV, 25. u. 30. Juni, 4. Juli 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2770.

§ 6.

Das Unvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten im Sinne des Gesetzes ist nicht deshalb zu verneinen, weil der zu Entmündigende die Fähigkeit behalten hat, auf gewissen einzelnen Gebieten noch mit hinlänglich vernünftiger Überlegung tätig zu sein („Recht", 1907, Nr. 980 und 3752, 1908, Nr. 449). (RG. IV, 25. u. 30. Juni, 4. Juli 1910.)
D. R. Entsch. Nr. 2771.

§ 11.

Ein großjähriger, geistesschwacher Sohn behält den Wohnsitz des Vaters, auch wenn er nicht entmündigt ist.

Der 32jährige Verstorbene teilte als eheliches Kind den Wohnsitz des Vaters; die Pflegeanstalt war ihm lediglich als einstweiliger Aufenthaltsort wegen Geistesschwäche angewiesen. In seiner Geschäftsfähigkeit zum mindesten beschränkt, konnte er einen Wohnsitz ohne den Willen seines Vaters als gesetzlichen Vertreters weder begründen noch aufheben. Er hat daher den Wohnsitz zu M. behalten. (Bayer. OLG., 3. Mai 1910.) D. R. Entsch. Nr. 1902.

§ 104, Nr. 2.

Geistesschwäche kann Geschäftsunfähigkeit bedingen.

Das OLG. hat nicht verkannt, daß das Vorhandensein von Geistesschwäche für sich allein eine Beschränkung der Geschäftsfähigkeit insolange nicht begründet, als der Geistesschwache nicht unter Vormundschaft gestellt oder entmündigt ist. Es ist aber andererseits mit Recht davon ausgegangen, daß Willenserklärungen eines Geistesschwachen, auch wenn er nicht entmündigt oder bevormundet ist, rechtsunwirksam sind, sofern durch die Geistesschwäche die freie Willensbestimmung dauernd ausgeschlossen war. (Bayer. OLG., 8. April 1910.)
D. R. Entsch. Nr. 1905.

§ 110.

§ 110 BGB. enthält keine Ausnahme von dem Grundsatze des § 107, wonach der Minderjährige zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters bedarf. Er gestattet nur, der Sitte und dem Verkehrsbedürfnis Rechnung tragend (Begründung zu § 69 des I. Entwurfs), daß diese Einwilligung durch Überlassung gewisser Mittel an den Minderjährigen vom Vertreter im allgemeinen erklärt wird und läßt das vom Minderjährigen geschlossene Geschäft auch ohne besondere Zustimmung sowohl nach der dinglichen wie nach der schuldrechtlichen Seite von Anfang an wirksam werden, wenn es demnächst vom Minderjährigen aus den überlassenen Mitteln erfüllt wird. Das wesentliche bleibt also auch in den Fällen des § 110 die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters. Dafür, wie weit diese Einwilligung reicht, ist einmal maßgebend das Gesetz, das ihr in den §§ 1644, 1824 verbunden mit §§ 1821, 1822 von vornherein bestimmte Grenzen zieht. Zum andern aber auch der Inhalt der Einwilligungserklärung selbst, die, wie jede Willenserklärung, eine, sei es auch nur stillschweigend ausgedrückte, mehr oder minder weitgehende Beschränkung in sich tragen kann. (Wird ausgeführt.) S. c. V., U. v. 29. September 1910. J. W., Nr. 20, S. 933.

§ 110, 107.

Auch in den Fällen des § 110 ist das wesentliche die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters. Dafür, wie weit diese Einwilligung reicht, sind die in §§ 1644, 1824 verbunden mit §§ 1821, 1822 gezogenen Grenzen sowie der Inhalt der Einwilligungserklärung maßgebend. Hiernach ist im Einzelfalle zu prüfen, ob der gesetzliche Vertreter gutzuheißen hat, was der Minderjährige mit den ihm überlassenen Mitteln anzufangen für gut gefunden hat. Das RG. hält einen in einfachen Verhältnissen lebenden Vater für befugt, den von seinem 17jährigen Sohne vorgenommenen Ankauf eines Kraftfahrzeuges, das dieser mit den aus einem Lotteriegewinn gewonnenen Mitteln bezahlt hat, als nicht verpflichtet zu behandeln und demgemäß den Kaufpreis für seinen Sohn zurückzufordern. (RG. IV, 29. September 1910.)
D. R. Entsch. Nr. 3701.

§ 112, 113, 1645, 1823.

Der Vertrag einer Schauspielerin mit dem Theaterdirektor ist ein Dienstvertrag im Sinne des § 113 BGB. und stellt nicht den selbständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäfts nach § 112 BGB. dar. Daher ist zu einem solchen Vertrage eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nicht erforderlich.

§ 113 bezieht sich schlechthin auf Dienst- und Arbeitsverhältnisse. Allerdings liegt dieser Bestimmung

nach Ausweis der Motive die Ansicht zugrunde, daß aus der Reihe der Arbeits- und Dienstverhältnisse die Dienstleistungen höherer Art auszuscheiden und unter § 112 BGB. zu begreifen seien, weshalb unter Erwerbsgeschäft jede regelmäßige, auf selbständigen Erwerb gerichtete Tätigkeit verstanden werden müsse. So hatte allerdings auch die frühere Praxis unter Zustimmung des Reichsgerichts (Bd. 28, S. 278) den gleichlautenden § 6 des preuß. Gesetzes vom 12. Juli 1875 ausgelegt und so wollen auch einige Kommentare (vergl. Rehbein zu § 113) die §§ 112, 113 BGB. auslegen. Allein das BGB. lehnt grundsätzlich bei den Dienstverträgen eine Unterscheidung zwischen höheren und niederen Diensten ab. Eine Unterscheidung gerade und lediglich bei Dienstverträgen von Minderjährigen zu machen, liegt kein äußerer oder innerer Anlaß vor. Dementsprechend ist unter Erwerbsgeschäft in Übereinstimmung mit dem Sprachgebrauch auch nur ein selbständiges Unternehmen zu verstehen. Diese begrenzte Bedeutung gilt auch für §§ 1645 und 1823 BGB., da ein Handeln im Namen des Kindes oder Mündels bei einem unselbständigen Unternehmen nicht möglich ist. (Düsseldorf, VI. ZS., 27. April 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 4046.

§ 249.

Nach der feststehenden Rechtsprechung des RG. braucht ein bestimmter tatsächlicher Umstand nicht die alleinige Ursache eines eingetretenen Schadens zu sein, damit die vom Gesetze, sei es mit oder ohne die gleichzeitige Annahme eines Verschuldens einer bestimmten Person, an den Eintritt des Schadens geknüpfte Rechtsfolge eintrete, vielmehr genügt es, daß er eine der mehreren zusammenwirkenden Ursachen, also eine bloß mitwirkende Ursache für den schädigenden Erfolg darstelle, sofern nur nicht die Verbindung zwischen beiden so lose ist, daß nach der Auffassung des Lebens der eingetretene Schaden nicht mehr als eine Folge auch der mitwirkenden Ursache in Betracht gezogen wird. (RG., 3. Mai 1910.) J. W., Nr. 13, S. 650.

§ 254.

Gegen den Schadenersatzanspruch wegen Körperverletzung kann der Ersatzpflichtige nicht einwenden, der Verletzte habe schon vor der Verletzung sich dem Alkoholgenuß ergeben und dadurch die Folgen der Verletzung schuldhafterweise verschlimmert. (Hamburg, 21. März 1910.) D. R. Entsch. Nr. 1918.

§ 254.

Ein Verletzter, bei dem eine Behebung oder auch nur Besserung der Unfallfolgen nicht in Frage steht, ist nicht verpflichtet, lediglich um die vom Beklagten nach dem Gesetz ihm zu zahlende Entschädigung herabzumindern, sein Leben statt in seiner Familie und in seiner eigenen Häuslichkeit in einer öffentlichen Anstalt zuzubringen. (RG. VII, 25. Januar 1910.)

Mitteilungen.

— **Die Entwicklung der Irrenfürsorge im Königreich Württemberg.** Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, welche an der Jahresversammlung in Stuttgart am 21. und 22. April teilnahmen, wurde in außerordentlich aufmerksamer und liebenswürdigster Weise durch Herrn Medizinalrat Dr. Camerer, Mitglied des Königl. Medizinalkollegiums zu Stuttgart, eine von ihm selbst verfaßte illustrierte Festschrift überreicht, betitelt: Die Entwicklung der Irrenfürsorge im Königreich Württemberg. Von der Mitte des 18. Jahrhunderts an wird dem Leser vor Augen geführt, in welcher Weise sich das Land Württemberg seiner Aufgabe der Irrenfürsorge bis zum heutigen Tage gewidmet. Zwiefalten, Winnental, Schussenried, Weißenau, Weinsberg werden, jedes für sich, in ihrer Entstehung geschildert, desgleichen die psychiatrische Klinik in Tübingen, die Abteilung für geisteskranke Strafgefangene auf Hohenasperg, die einzelnen Privatirrenanstalten und die Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische soweit sie für die staatliche Fürsorge in Betracht kommen, die Trinkerfürsorgeanstalt und der Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke. Ein scharf umrissenes, dabei in sich abgeschlossenes Bild von der Irrenfürsorge Württembergs.

Die zur Verteilung gelangte Schrift ist ein Sonderdruck des gleichnamigen Beitrags des Herrn Medizinalrats Dr. Camerer zu dem in Entstehung begriffenen II. (Schluß-)Band des Illustrationswerks: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild.

— **Über die chemische Identität der Antikörperbildung mit der Zelldegeneration** veröffentlicht Prof. Dr. Waldvogel (Göttingen) in Hannover in der Deutsch. med. Wochenschrift vom 13. April 1911 pag. 686 bis 691 einen interessanten Aufsatz, der mit folgender Zusammenfassung schließt: „Das Studium der Antikörperbildung und der Zelldegeneration hat erkennen lassen, daß die Lipoide im Mittelpunkte beider Prozesse stehen und daß die Giftbindung und Antikörperbildung durch das Verhalten der Lezithine, Fettsäuren und Cholesterine bei

der Zelldegeneration ihre Erklärung finden. Die Antikörperbildung hat die toxische Schädigung der Zelle zur Voraussetzung, und die chemische Identität beider Prozesse zeigt uns, daß wir mit unseren Anschauungen über deren Wesen und Ablauf auf dem rechten Wege sind. Die zugrunde gehenden Lezithine dienen als Komplement, daneben die daraus entstandenen Fettsäuren und Seifen aber auch als Agglutinine, Präzipitine, Opsonine, Lysine neben den Lezithinen; die bei Zelldegenerationen neu gebildeten Cholesterine neutralisieren das Gift, die ebenfalls neu aufgetretenen Fettsäurecholesterinester kommen als Ambozeptoren in Betracht."

— **Unfallversicherung des Pflegepersonals in Irrenanstalten.** Eine sehr zweckmäßige und dankenswerte Einrichtung hat der Verlag der Zeitschrift „Irrenpflege" geschaffen: Das Abonnement dieser Zeitschrift ist von jetzt ab mit einer Unfallversicherung auf den Fall des Todes, herbeigeführt durch Unfall, in Höhe von 500 Mark, verbunden. Berufsunfälle des Pflegepersonals sind in die Versicherung einbegriffen. Diese Einrichtung wird sich als recht segensreich erweisen und die — für das Krankenpflegepersonal freilich einstweilen noch nicht existierende — staatliche Unfall-Fürsorge wirksam unterstützen. Um möglichst viele Pflegepersonen an dieser Vergünstigung teilnehmen zu lassen, ist außerdem für die Angestellten der Abonnementspreis von 6 M. jährlich bei Bezug von mindestens 6 Exemplaren auf à 5 M., bei Bezug von mindestens 12 Exemplaren auf à 4 M. ermäßigt. Die Personen, welche durch dieses Abonnement als versichert gelten sollen, sind einzeln namhaft zu machen.

Die Statuten der Versicherung sind durch den Verlag erhältlich.

Die „Irrenpflege", welche am 1. April d. Js. ihren XV. Jahrgang begonnen hat und seit einigen Jahren unter der umsichtigen Redaktion von Oberarzt Dr. Wickel (Obrawalde bei Meseritz) steht, dient nach wie vor dem Zweck, in Übereinstimmung mit den Direktoren der Anstalten in erster Linie beizutragen zur Belehrung und Weiterbildung des Pflegepersonals in der Irrenpflege und in der allgemeinen Krankenpflege durch entsprechende Originalaufsätze, durch Referate von Arbeiten aus anderen Krankenpflege-Zeitschriften, durch Nachrichten über Fortschritte in der Entwicklung des Irrenwesens, durch Besprechung von Büchern einschlägiger Art, durch praktische Mitteilungen und durch Mitteilungen mehr allgemein bildender Art. In sachlicher Weise sollen sodann in der „Irrenpflege" die Interessen des Pflegepersonals der Irrenanstalten ihre Vertretung finden, das Gefühl der Zusammengehörigkeit, das Standesbewußtsein des Pflegepersonals soll gehoben werden.

— Die **Schweizerische Neurologische Gesellschaft** hält am 29. und 30. April in Aarau ihre Sitzung ab. Hauptthemata: 1. Gegenwärtiger Stand der Rückenmarkschirurgie, Ref. Prof. de Quervain (Basel); 2. Zentralinstitut für Hirnforschung und Hirnmuseen, Ref. Prof. von Monakow (Zürich).

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Hannover.** In dem Ärzte-Personal der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen eingetreten:

Der Abteilungsarzt Dr. med. Rapmund ist zum 6. Februar 1911 aus dem Dienste der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Göttingen ausgeschieden. Dem früheren Abteilungsarzt bei der Landes-Heil-Anstalt zu Marburg Dr. med. Richard ist zum 2. Januar 1911 die Stelle eines Abteilungsarztes bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Göttingen verliehen worden und der Assistenzarzt Dr. med. Hellwig bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen ist zum 25. Febr. d. Js. als Abteilungsarzt bei dieser Anstalt angestellt. Zu Assistenzärzten ernannt sind die Ärzte Dr. Fröhlich zum 1. Dezember 1910 bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Langenhagen, Dr. Rapmund zum 1. März 1911 und Frensdorf zum 15. Februar 1911 bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Göttingen.

— **Hessen.** Zum Direktor der neuen Irrenanstalt bei Gießen wurde der seitherige Leiter der Irrenanstalt zu Alzey, Medizinalrat Dr. Oßwald, ernannt. Der innere Ausbau der für 500 Kranke bestimmten Anstalt ist unter Beratung der Bauleitung durch Professor Dr. Dannemann während des letzten Jahres bereits so weit gefördert worden, daß in einigen Wochen die Eröffnung stattfinden wird. Zum Oberarzt wurde der seitherige Oberarzt am Philippshospital Dr. Dietz ernannt. Die Leitung der Alzeyer Anstalt, die bereits mit 400 Kranken belegt ist, übernimmt Oberarzt Dr. Römheld, seither in Heppenheim.

— **Rastenburg.** Durch Beschluß des Provinzialausschusses vom 2. Februar d. Js. ist Oberarzt Dr. Holthausen zum Direktor der Provinzialanstalt für Schwachsinnige ernannt worden.

— **Belgrad**, Serbien. Primarius Dr. Wojislav M. Subotić wurde zum Direktor der königl. serbischen Staatsirrenanstalt in Belgrad (Serbien) ernannt.

— **Godesberg.** Am 6. April verschied hier Sanitätsrat Dr. Gottlob, früher Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Merzig (Rheinprovinz).

Die verehrl. Anstaltsleitungen, welche ihren Manuskript-Beitrag zum II. (Schluß-) Band des Illustrationswerks: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild — noch nicht eingesandt haben, werden um gefällige möglichst baldige Absendung desselben an den Unterzeichneten höflichst gebeten.

Neue Anmeldungen zur Teilnahme werden noch entgegengenommen. Dr. Bresler.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Heil- und Pflege-Anstalt Waldbroel ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Anfangsgehalt 2400 M., neben freier Station, steigend alle Jahre um 200 M. Nach 3 Jahren Anstellung als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3500 M., steigend bis 5000 M., neben freier Wohnung, Heizung und Licht, oder dafür eine Entschädigung von 880 Mark. Frühere Dienstjahre können angerechnet werden. Meldungen mit Zeugnissen werden an die Direktion erbeten.

Assistenzarztstelle

an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in **Gießen** zum 10. Mai zu besetzen. Gehalt 900 M. bei freier Station.

Meldungen an die Direktion.

Professor **Sommer**.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt **Weilmünster**, Reg.-Bezirk Wiesbaden, ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. neben freier Station, Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.

Bewerbungen mit Approbation an den Direktor Sanitäts-Rat Dr. **Lantzius-Beninga.**

An der **Provinzial-Idiotenanstalt** (Johannes-Stift) für Kranke katholischer Konfession, der Provinz Westfalen zu **Niedermarsberg** — **Station Marsberg** der Hagen-Casseler Bahn — ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt neben freier Station I. Klasse jährlich 1800 M. Gehaltssteigerungen jährlich zweimal um je 200 M. Die Anstellung erfolgt ohne Ruhegehaltsberechtigung und gegen eine beiderseits zustehende Kündigungsmöglichkeit von 3 Monaten.

Die Verwaltung.
Dr. Herwig.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 5. 29. April **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Von Oberarzt Dr. Bresler. (S. 39.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie X. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner in Greifswald. (Fortsetzung.) (S. 41.) — Mitteilungen (S. 44.): — XIV. Kongreß der italienischen psychiatrischen Gesellschaft. Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens. Preuß. Ministerial-Erlaß über die Abänderung des Geschäftsverkehrs der Medizinalverwaltung. Das Gehalt der Anstaltsärzte in Posen. Fürsorgestellen für entlassene Geisteskranke in Berlin. — Personalnachrichten (S. 46).

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler.*

Nachdem bereits über ein Jahr verflossen, seit die Wirkung des Ehrlich-Hata'schen Mittels gegen die Syphilis Gegenstand der Erforschung geworden, und mehrere Monate, seit es für die allgemeine Praxis freigegeben ist, dürfte ein Versuch nicht verfrüht sein, Umschau zu halten über die Erfolge, welche das Mittel bei syphilitischen Nervenkrankheiten gezeitigt hat. In einer, Anfang Oktober 1910 in dritter Auflage erschienenen Schrift[1]) habe ich zwar auch die bis dahin bekannt gewordenen Beobachtungen über die Wirkung des Mittels bei syphilitischen Nervenleiden besonders berücksichtigt; inzwischen sind aber darüber noch zahlreiche weitere Mitteilungen veröffentlicht, Mitteilungen, die sich auch auf eine bessere Kenntnis von Eigenschaften und Wirkungsweise des Mittels und auf Erfahrungen bei einer vervollkommneten Anwendungstechnik stützen.

Bevor ich diese Umschau beginne, möchte ich aus den wichtigen zusammenfassenden Vorträgen, welche A. Neißer und P. Ehrlich auf der 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Königsberg am 20. September 1910 über das neue Mittel gehalten, das Wesentliche hier vorausschicken, sowie aus anderen Königsberger Vorträgen einiges auf syphilitische Nervenkrankheiten Bezügliche.

„Es ist heute jedem Kliniker klar, daß das Nervenrezidiv für das kommende Jahr im Mittelpunkt des Interesses steht" — sagte Prof. Kreibich, der Prager Dermatologe, am 16. Dezember 1910 in einem Vortrag über Salvarsan; ein Zeugnis dafür, wie sehr notwendig es ist, das neue Heilmittel gegen die Syphilis auch unter neurologische Betrachtung zu nehmen.

Nach A. Neißer-Breslau[2]) gibt es bei Syphilis weder eine Immunität, noch eine künstliche (aktive oder passive) Immunisierung, noch eine Serumtherapie. Ausheilung ohne Therapie kommt wahrscheinlich höchst selten, vielleicht überhaupt nicht zustande. Daher die Notwendigkeit einer chemischen Behandlung. Positive Wassermannsche Reaktion deutet nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse auf noch bestehende Krankheit, negative kann sich auch bei noch bestehender Krankheit einstellen, wenn trotz Vorhandenseins eines Spirochätenherdes oder eines nachweisbaren Krankheitsherdes nicht genügend „Reagine", sogen. „Antikörper" seitens des kranken Organismus produziert werden, um eine Reaktion zu ermöglichen. — Es scheint auch bei den Syphilis-Spirochäten die Beobachtung zuzutreffen, daß Rezidiv-Parasiten leicht „giftfest" werden können. — In den ersten Zeiten nach der Ansteckung ist eine positive Reaktion leichter in eine negative zu verwandeln als in späteren Stadien. Bei Rezidiven braucht man größere Mengen eines Heilmittels als beim ersten Behandlungsversuche. — Von Neißer wurde die spirochätentötende Wirkung des Quecksilbers festge-

[1]) Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hata'schen Mittel. Halle a. S., C. Marhold Verlagsbuchhandlung. — Zur Orientierung über die Wirkung des Ehrlich-Hata'schen Mittels im allgemeinen sei auf diese Schrift verwiesen.

[2]) Nach dem authentischen Bericht in Nr. 41 der „Deutschen mediz. Wochenschrift" vom 13. Oktober 1910.

stellt und der Streit, ob eine Anwendung des Quecksilbers auch im Latenzstadium nützlich sei, im positiven Sinne und ein für allemal entschieden. Die ersten Versuche mit organischen Arsenpräparaten bei Syphilis veröffentlichte Uhlenhuth zusammen mit Hoffmann, Neißer konnte sie bald darauf bestätigen, da er unabhängig von Uhlenhuth die gleichen Versuche in Batavia machte. Erst Ehrlich, welcher die wahre chemische Konstitution des Atoxyls erkannte und den prinzipiellen Unterschied zwischen den fünfwertigen gesättigten und daher therapeutisch minderwertigen und den dreiwertigen ungesättigten Arsenverbindungen, schuf in ganz zielbewußter Weise auf der Basis ungezählter Beobachtungen an trypanosomen- und spirillosenkranken Tieren eine auf bestimmten Gesetzen der synthetischen Chemie aufgebaute Chemotherapie. — Da die Desinfektion und Exzision des Infektionsherdes und seiner Umgebung nicht zu befriedigenden Erfolgen geführt haben, so ist möglichst früh, auch in jedem nur verdächtigen Falle, mit einer geeigneten Allgemeinbehandlung zu beginnen. Beim Menschen ist in allen Fällen damit zu rechnen, daß eventuell sogar im Moment der Infektion sich eine Allgemeindurchseuchung des Körpers auf dem Blutwege vollzieht. (Für Affen hat Neißer nachgewiesen, daß in sehr vielen Fällen längst vor irgendwelchen sichtbaren Erscheinungen an der Ansteckungsstelle bereits die Allgemeinverbreitung des Giftes durch den ganzen Körper vollzogen ist.) Am unsichersten ist die Quecksilberschmierkur, besser ist Injektion von Quecksilber-Präparaten. Dem Quecksilber — so wertvoll es auch stets bleiben wird — ist das Arsenobenzol überlegen, das nicht nur die Spirochäten tötet, sondern auch die Produktion sehr wertvoller spirillentötender antitoxischer Antistoffe seitens des behandelten Körpers bewirkt, endlich auch die Entwicklung der Spirochäten hemmt. — Neißer bevorzugt als am reizlosesten die Suspension des Salzes in Oleum olivarum, die, wenn jedesmal frisch zubereitet, besser resorbiert werde als Paraffinemulsionen. Infiltratbildung und Schmerzhaftigkeit sind dabei gering, wenn subkutan, jedoch nicht zu oberflächlich, oder intramuskulär in die Glutäalregion (oben außen) injiziert wird. Neißer wiederholt, da er sich wenigstens bei den kleineren Dosen bis 0,6 nicht auf den Voll-Erfolg einer einzigen Injektion verläßt, wenn irgend möglich, in jedem Falle die Injektion nach drei bis sechs Wochen und schiebt eventuell sogar eine Quecksilberkur in Form von Asurol- und grauen Öl-Injektionen ein. Nachdem Neißer kurz die Anwendung des „606“ bei manifester Syphilis skizzierte, empfiehlt er, nach wie vor an einer chronischen Behandlung der Syphilis festzuhalten, da selbst nach mehrfachen negativen Reaktionen sich wieder Rezidive und positive Reaktionen einstellen können, und da sich die ungeheilt bleibenden latenten Fälle und die geheilten schwer unterscheiden lassen.

Neißer schließt bezüglich des Verdienstes Ehrlichs: „Nennt man mit Recht die Syphilis die „Geißel der Menschheit“, so dürfen wir ihn mit demselben Recht als einen Wohltäter der Menschheit bezeichnen!“

Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Ehrlich (Frankfurt a. M.)[3]), der mit stürmischem, anhaltendem Beifall begrüßt wurde, bezeichnet als feststehende Tatsachen: 1. Die spezifische, spirochätentötende Wirkung des Mittels; wo sie nicht eintritt, ist die Dosis zu klein oder die Resorption ungenügend oder der Spirochätenstamm arsenfest gewesen; 2. die Bildung spezifischer Antikörper bei Anwendung von „606“, bewiesen durch die Heilwirkung der Milch mit „606“ behandelter syphilitischer Mütter bei hereditärsyphilitischen Säuglingen. Serum von Patienten, die mit „606“ geheilt wurden, übt nach der Injektion einen heilenden Einfluß aus auf syphilitische Produkte, besonders bei Neugeborenen. Dieses Verfahren ist für Säuglinge schonender als die Injektion mit „606“; letztere kann später zur definitiven Heilung erfolgen. Eine einzige von 1000 Spirochäten zurückbleibende genügt, um ein Rezidiv hervorzurufen; 3. die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion. Sie wird in sehr verschiedenen Prozentsätzen angegeben. Wo wie manchmal in Frühstadien der Primäraffekte und vereinzelt bei maligner Syphilis die ursprünglich negative Reaktion nach der Injektion zunächst positiv wurde, erklärt sich dies dadurch, daß die Zahl der Spirochäten zu klein ist, um die Wassermannsche Reaktion auszulösen, und letztere erst durch mittels Injektion von „606“ bewirkte Auflösung der Spirochäten und deren sich anschließende Resorption der Endotoxine positiv wird. Die Wassermannsche Reaktion ist im letzten Grunde „eine Reaktion des Organismus auf den zur Resorption gelangten Inhalt (Stoffwechselprodukte, Endotoxine) der Spirochäten“, so daß also bei zweifelhaften Fällen die Injektion von „606“ differentialdiagnostisch von Bedeutung sein kann. Nach Wechselmann beweist ein Positivwerden der Wassermannschen Reaktion den syphilitischen Charakter der Krankheit. — Ein Fall, welcher die Reaktion nach der Behandlung behält, ist als ungeheilt anzusehen. Beim Schwinden der Reaktion

[3]) a. a. O.

kann nur, wenn dasselbe ein andauerndes ist, Heilung erreicht sein, anderenfalls kann es sich um eine vorübergehende negative Phase handeln, dadurch entstanden, daß durch die Injektion die Zahl der Spirochäten sehr verringert ist und der Rest nicht imstande ist, die Reaktion auszulösen. Erst nach deren Vermehrung, die nach Zeit und Intensität von der Zahl und Schädigung der überlebenden Spirochäten und von der Menge und Art der Antikörper abhängt, ist eine positive Reaktion wieder möglich, die dann einem Rezidiv ohne äußere Erscheinungen gleichzusetzen ist und auf die Notwendigkeit einer neuen Injektion hinweist. 4. Die Herxheimersche Reaktion faßt Ehrlich auf als Zeichen einer ungenügenden Wirkung des Mittels infolge zu geringer Dosis, wodurch die Spirochäten nicht abgetötet, sondern nur gereizt und zur Produktion erhöhter Mengen von Toxin veranlaßt werden. — Die in manchen Fällen außerordentliche Schnelligkeit der Beeinflussung von hochgradig schmerzhaften syphilitischen Affektionen, bei welchen anatomische Veränderungen wegen der Kürze der Zeit — manchmal sind es wenige Stunden — noch nicht eingetreten sein können, erklärt Ehrlich mit einer funktionellen Wirkung, mit der Beseitigung von Schmerzen, die von Sekretionsprodukten der Spirochäten abhängen, durch Neutralisierung eben dieser Produkte mittels „606". Ehrlich teilte mit, daß ihm (zur Zeit seines Vortrages) Berichte über ungefähr 10000 mit „606" behandelte Fälle zur Verfügung stehen. Es ist nicht die geringste Augenschädigung durch das Mittel beobachtet worden. Es ist nur ein einziger Todesfall nach Anwendung des Mittels beobachtet worden, wo der Patient dem Leiden an sich nicht hätte erliegen müssen: „eine schwächliche Person mit tertiärer Lues des Kehlkopfes, bei der — aus äußeren Gründen — eine Injektion mit einer sauren Lösung gemacht wurde, einer Lösung, die besonders stark lokal reizte." Es handelte sich vermutlich um eine Shokwirkung, die mit den neueren Anwendungsweisen, wie Ehrlich hofft, wird vermieden werden können. Die übrigen Todesfälle, kaum ein Dutzend, betreffen ausschließlich Patienten mit schweren Affektionen des Nervensystems, wie Tabes mit Zystitis und Kachexie, mit bulbären Erscheinungen, ausgedehnte kortikale Erweichungen und ähnliches. In einem Falle, syphilitische Erkrankung des Nervus phrenicus an seiner Austrittsstelle aus dem oberen Halsmark, wobei die vorderen Wurzeln in erkranktes, infiltriertes Gewebe eingebettet und leicht degeneriert waren, wurde vermutet, daß infolge der Reaktion auftretende Reiz- oder Schwellungszustände durch Kompression des schon vorher leicht erkrankten Nervus phrenicus die plötzliche Atemlähmung hervorgerufen wurde, so daß also in solchen Fällen Vorsicht geboten ist. — Wenn man eo ipso verlorene Fälle mit „606" injiziert und der Patient nachher stirbt, dann darf man diesen Ausgang nicht auf das Mittel schieben. Aber selbst in solchen verlorenen Fällen hat das Mittel Rettung gebracht, wovon Ehrlich zwei Beispiele anführt. Bei solchen tödlichen Fällen handelt es sich auch nicht einmal um eine direkte Vergiftung des Nervensystems durch das Mittel, sondern um ein Analogon der Herxheimerschen Reaktion, mit dem Unterschiede, daß sie an lebenswichtigen Zentren aufgetreten ist und dadurch indirekt Gefahr brachte. Bei fortgeschrittener Paralyse sollte man das Mittel nicht anwenden, auch nicht bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Bei einem Patienten, der unmittelbar nach der Injektion starb, fand sich ein geplatztes Aneurysma; er wäre natürlich wahrscheinlich in absehbarer Zeit auch ohne Injektion gestorben. Und selbst, wenn man in solchen Fällen die Spirochäten entfernt, wird die schwere Gefäßerkrankung mit ihren Folgeerscheinungen doch bestehen bleiben.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 254, Abs. 2.

In der Unterlassung eines Heilverfahrens kann nur dann ein Verschulden des Verletzten gefunden werden, wenn ihm der Nutzen des Verfahrens und daß es wahrscheinlich die Heilung erheblich fördern werde, vorgestellt oder erkennbar gewesen ist. (RG. VI, 15. November 1909.)

§§ 254, 278.

Läßt eine Verletzung die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe als geboten erscheinen, so hat der Verletzte dem für die Verletzung Haftpflichtigen gegenüber der Verpflichtung, auf möglichste Minderung des Schadens bedacht zu sein, in der Regel damit genügt, daß er einen Arzt, der durch die staatliche

Prüfung seine Befähigung zum ärztlichen Beruf dargetan hat, hinzugezogen und dessen Anordnungen befolgt hat. Dagegen erfordert die im Verkehr gebotene Sorgfalt von dem Verletzten nicht, daß er die Leistungen des Arztes und die Richtigkeit seiner Anordnungen nachprüft. Die Anordnungen des Arztes sind nicht mehr ein Teil der nach § 254 BGB. vom Verletzten dem Haftpflichtigen geschuldeten Erfüllungsleistung; der Verletzte kann deshalb nicht aus § 278 BGB. für ein vom Arzt begangenes Versehen haftbar gemacht werden. (RG. VI, 29. Nov. 1909.) D. R. Entsch. Nr. 289.

§ 269.

Für die Zahlung des Honorars eines Spezialarztes für die Behandlung in der Privatklinik ist nicht der Ort der Behandlung Erfüllungsort. (KG., 26. Okt. 1909.) D. R. Entsch. Nr. 1328.

§ 276.

Der Leiter einer Irrenanstalt handelt schuldhaft, wenn er den einem eingebrachten Kranken abgenommenen Geldschrankschlüssel ohne weiteres der Frau des Kranken aushändigt.

Es liegt den Leitern von Irrenanstalten ob, sich jedes unberechtigten Eingriffs in die Vermögensrechte der aufgenommenen Kranken zu enthalten. Wollen sie die dem Kranken abgenommenen Sachen anderen herausgeben, so darf dies nur nach gewissenhafter Prüfung der Sachlage geschehen. Daß die Sachen des Kranken nicht schlechthin den Angehörigen, insbesondere der Ehefrau, herausgegeben werden dürfen, darüber müssen die Leiter solcher Anstalten unterrichtet sein. Gerade sie müssen auch notwendig mit der Möglichkeit rechnen, daß die Verhältnisse in der Familie des Geisteskranken zerrüttet sind und die Gefahr eines Mißbrauches gegeben ist. (RG. III, 1. April 1910.) D. R. Entsch. Nr. 1921.

§ 611.

Der Verpflegungsvertrag mit einem Krankenhause ist Dienstvertrag, das Krankenhaus haftet für Verletzung der Kranken durch die Pflegeschwestern. (Colmar, 30. September 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 1522.

§ 823.

Ist durch den Unfall neben der akuten körperlichen Verletzung auch ein Nervenleiden bei dem Verletzten verursacht und dieses durch die Aufregungen des Rechtsstreites, durch die Verweigerung des geforderten Schadenersatzes erheblich gesteigert, so steht der nur mittelbar eingetretene Erfolg nicht notwendig in einem so entfernten Zusammenhang mit dem ursprünglichen Ereignis, daß er nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden könnte. (RG. VI, 1. Okt. 1910.) D. R. Entsch. Nr. 3914.

§ 823.

Bei der Beurteilung der Beweislast für eine Klage wegen widerrechtlicher Einschaffung eines angeblich Geisteskranken in eine Anstalt ist die Berufsstellung des verklagten Arztes nicht ohne Einfluß.

Allerdings kann dem Arzte als solchem ein besonderes Berufsrecht zu Eingriffen in die körperliche Integrität oder in die Freiheit eines Kranken bezw. Geisteskranken nicht zuerkannt werden (RGZ., Bd. 68, pag. 431, RGSt., Bd. 25, pag. 375ff.) und hat die gegen den Willen des anderen oder bei dessen Willensunfähigkeit ohne Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters vorgenommene Entziehung oder Beschränkung der Freiheit an sich als widerrechlich zu gelten, solange nicht ein besonderer Grund für ihre Rechtmäßigkeit dargetan ist. Gleichwohl muß für den Umfang und die Richtung der Beweispflicht die Berufs- oder Amtsstellung des Arztes in Rücksicht genommen werden. Hat der ärztliche Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt eine gegen ihren Willen der Anstalt als geisteskrank zugeführte Person in die Anstalt aufgenommen und dort zurückbehalten, so wird er einer Schadenersatzklage gegenüber zunächst nicht mehr darzutun haben, als daß die durch Gesetz oder Verwaltungsvorschrift aufgestellten Voraussetzungen für die zwangsweise Internierung eines Geisteskranken formell erfüllt waren. Es ist diesfalls bis auf weiteres („prima facie") der Nachweis für ein befugtes, also nicht rechtswidriges Eingreifen als geführt zu erachten. Das gilt nun zwar nicht in gleichem Maße von jedem anderen staatlich approbierten Arzte, der einen Patienten einer Irrenanstalt überweist, diesen gewaltsam dorthin verbringt oder verbringen läßt. Immerhin ist auch diesem Arzte zur Rechtfertigung seines Eingreifens, sei es als eines objektiv befugten oder doch subjektiv nicht widerrechtlichen, die Berufung darauf zu verstatten, daß triftige Gründe für ihn vorlagen, die ein solches Vorgehen als erforderlich erscheinen ließen, und daß er bei Beachtung der bestehenden Vorschriften eine — selbst gewaltsame — Unterbringung des Kranken in die Irrenanstalt für zulässig und geboten erachten durfte, wobei es dann freilich noch auf die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder der Angehörigen des Kranken ankommen kann. (RG. VI, 26. Mai 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 2989.

§ 823.

Allerdings ist es richtig, daß der erkennende Senat in einem nach ALR. zu beurteilenden Falle eine bei der Verletzten eingetretene Folgeerscheinung

die nicht durch ihre körperliche Verletzung an sich, sondern durch das hinzugekommene Prozeßverfahren herbeigeführt war, als außerhalb des Bereiches der Schädigung liegend erklärt hat, welche der Beklagte als Folgen seiner unerlaubten Handlung zu verantworten habe. (J. W., 1906, 231, 15.) Dagegen hat der Senat in einer andern nach BGB. ergangenen Entscheidung VI, 31/06 bereits ausgeführt, daß auch eine Schwächung des Nervensystems, welche bei dem durch einen Unfall Verletzten infolge der Aufregungen des von ihm wegen Verlustes oder Verminderung seiner Erwerbsfähigkeit geführten Prozesses eingetreten oder gesteigert worden sei, auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Wenn auch bei einer solchen Sachlage die Frage aufzuwerfen sei, ob der Ersatzpflichtige für eine derartige entfernte Folge des Unfalls verantwortlich gemacht werden könne, so lasse sich doch nicht sagen, daß der Unfall und die durch ihn hervorgerufene Schwächung des Nervensystems gegenüber anderen auf dieses ebenfalls nachteilig wirkenden Ereignissen so sehr zurückträten, daß von einer adäquaten Ursache nicht mehr gesprochen werden könne. An dieser auch vom III. Senat in der Entscheidung vom 19. Juni 1908 (J. W., 1908, 526[11]) gebilligten Auffassung ist festzuhalten. Ist durch den Unfall neben der akuten körperlichen Verletzung auch ein Nervenleiden bei dem Verletzten verursacht und dieses durch die Aufregungen des Rechtsstreits, durch die Verweigerung des geforderten Schadenersatzes erheblich gesteigert, so steht der nur mittelbar eingetretene Erfolg nicht notwendig in einem so entfernten Zusammenhange mit dem ursprünglichen Ereignis, daß er nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden könnte. Das BG. hat diese Grundsätze beachtet; ein Rechtsirrtum ist in der von ihm getroffenen Feststellung, daß das Nervenleiden des Klägers im vorliegenden Falle eine Folge des erlittenen Unfalls sei, nicht zu finden. (1. Okt. 1910.)

J. W. Nr. 21, pag. 1003.

§ 826.

Ein Verstoß gegen die guten Sitten kann nicht schon deswegen verneint werden, weil die Handlung selbst keine arglistige, der Handelnde der Sittenwidrigkeit seiner Handlungsweise sich nicht bewußt ist. Vielmehr kann auch die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt in besonders gearteten Fällen einen solchen Verstoß enthalten. So muß ein Arzt, der über den Geisteszustand eines anderen befragt wird, sich der schweren Verantwortung bewußt sein, die er übernimmt, wenn er ihn für geisteskrank und seine Entmündigung für erforderlich erklärt; er muß sich insbesondere die schweren Eingriffe in die persönlichen und vermögensrechtlichen Verhältnisse des anderen vergegenwärtigen, die seine gutachtliche Äußerung zur Folge haben kann. Gibt er sein Gutachten ohne genügende Unterlage ab, so liegt in diesem fahrlässigen Verhalten daher zugleich ein Verstoß wider die guten Sitten. (RG. VI, 15. November 1909.) D. R. Entsch. Nr. 70.

§ 831.

Den hier vorgeschriebenen Entlastungsbeweis kann der Geschäftsherr auch dadurch führen, daß er nachweist, daß er bei der Auswahl des Betriebsleiters, welcher den Täter angestellt hat, sorgfältig gewesen ist. Eines weiteren Beweises, daß auch der Betriebsleiter bei der Auswahl des Angestellten sorgfältig war, bedarf es dann nicht mehr. (Hamburg, 25. Nov. 1909.) D. R. Entsch. Nr. 3498.

§ 831.

Der Auftraggeber haftet für gewöhnlich nicht aus § 831 BGB. für Handlungen des Beauftragten, die außerhalb des Bereiches des Auftrags liegen, wenn auch der Beauftragte z. B. infolge krankhafter Einbildung angenommen hat, daß die Handlung mit in den Kreis der ihm aufgetragenen Verrichtungen falle.

Allerdings ist es, um die Anwendung des § 831 BGB. herbeizuführen, nicht notwendig, daß die den Schaden unmittelbar verursachende körperliche Handlung selbst dem Bestellten aufgetragen worden war, oder daß sie „instruktionsgemäß" gewesen ist. Es genügt, wenn die schädigende Handlung in den Kreis derjenigen Maßnahmen fällt, welche die Ausführung der Verrichtung darstellen. Eine willkürliche oder irrtümliche Überschreitung der Grenzen des Auftrages stellt die schädigende Handlung noch nicht immer außerhalb jenes Kreises; andererseits kann nicht zugegeben werden, daß die irrtümliche Annahme des Täters, er handle in Ausführung der ihm aufgetragenen Verrichtung, an sich genüge, um den Tatbestand des § 831 BGB. zu erfüllen. Ob die unter dem Einflusse eines derartigen Irrtums vorgenommene Handlung noch in dem vom Gesetze verlangten inneren Zusammenhang mit der Verrichtung steht, wird nur im Einzelfalle nach den konkreten Verhältnissen, namentlich der Art und dem Zweck der aufgetragenen und der vom Bestellten tatsächlich vorgenommenen Manipulationen, mit Sicherheit beurteilt werden können. Jedenfalls scheiden aus dem Haftbereiche des Geschäftsherrn solche Handlungen aus, die objektiv der dem Bestellten zugewiesenen Funktion ganz fremd sind und zur Vollziehung des Auftrags gar nicht dienen könnten. (RG. VI, 25. April 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 2365.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **XIV. Kongress der italienischen psychiatrischen Gesellschaft (Società freniatrica italiana).** Viele der jetzt ihren Urlaub nach Italien nehmenden Kollegen wird es vielleicht interessieren, daß obiger Kongreß vom 3. bis 7. Mai 1911 in Perugia tagt, und zwar in der Aula des Stadtrats (Consiglio comunale). Es ist damit neben Empfängen und Festlichkeiten ein Besuch der zum großen Teil modernisierten Irrenanstalt, ferner Ausflüge an den Lago Trasimeno und nach Assisi und an Anstalten für Pellagröse etc. verbunden. Die Mitglieder des Kongresses haben gegen Vorzeigen der Mitgliedskarte freien Eintritt in die Pinakothek, in die Museen und sonstigen wissenschaftlichen und Kunstinstitute der Stadt. Ferner Fahrpreisermäßigungen auf den königlichen Eisenbahnen und Dampfschiffen. Für Nicht-Mitglieder der Gesellschaft beträgt der Inscriptionspreis 10 Lire (Damen 5 Lire), dafür nehmen sie ebenfalls an obigen Vergünstigungen Teil. Der Betrag ist umgehendst an den Kassierer der Gesellschaft, Herrn Dr. Giovanni Algeri in Monza, zu senden, worauf Mitgliedskarte etc. zugesandt wird. — Vorsitzender ist Prof. Tamburini-Rom, Vorsitzender des Kongreßkomités Prof. C. Agostini, Perugia, Manicomio. Der Besuch des Kongresses dürfte für deutsche Kollegen sicherlich viel Anziehendes haben.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 46. Versammlung am 6. Mai 1911, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstr. 26 pt. Tagesordnung: 1. Cramer-Göttingen: Endogene Attacken. 2. Snell-Lüneburg: Beschäftigungs-Therapie. 3. Quaet-Faslem-Rasenmühle: Beschäftigung, Gymnastik, Turnen und Sport im Heilplan nervöser Erkrankungen. 4. Eichelberg-Göttingen: Zur Salvarsanbehandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. 5. Jüttner-Göttingen: Über Grenzzustände in Armee und Marine, Untersuchungsergebnisse der in den letzten Jahren stattgehabten Beobachtungen. Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

Der Vorsitzende:
gez. Gerstenberg-Hildesheim.

— **Preuß. Ministerial-Erlaß** vom 24. März 1911 über die Abänderung des Geschäftsverkehrs, die durch den Übergang der Medizinalverwaltung an das Ministerium des Innern erforderlich geworden ist.

Zufolge der allerhöchsten Kabinetsorder vom 30. November 1910 (Gesetzsammlung 1911 S. 21), betreffend die Überweisung der Medizinal-Verwaltung an das Ministerium des Innern, geht vom 1. April d. Js. ab die Zuständigkeit für die Angelegenheiten, welche unter „Medizinalwesen" die im Kapitel 97a des Staatshaushaltsetats aufgeführten Behörden, Anstalten und Einrichtungen betreffen, auf das Ministerium des Innern über. Das gleiche gilt von allen anderen Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere von den Heilanstalten und sonstigen Einrichtungen der Fürsorge für Kranke und Gebrechliche mit Ausnahme der Universitätsanstalten und ihres Personals, von der Gesundheitspolizei sowie von den Angelegenheiten der beamteten und nicht beamteten Ärzte und ihrer Hinterbliebenen, der Zahnärzte, der Apotheker und des Arzneiverkehrs, der Hebammen und des niederen Heilpersonals, des Krankenpflegepersonals, der Desinfektoren und der Leichenschauer, sowie der Gesundheitskommissionen, soweit unten nichts anderes bestimmt ist:

Im besonderen bemerken wir folgendes:

I. Es verbleiben dem Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten:

1. Die Angelegenheiten des medizinischen, des zahnärztlichen und des pharmazeutischen Studiums, sowie der ärztlichen und der zahnärztlichen Vorprüfung.
2. Die Verleihung des Professortitels, sowie die Erteilung der Erlaubnis zur Führung eines außerdeutschen Doktortitels und eines außerpreußischen Professortitels an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und sonstige Angehörige der Medizinalverwaltung.
3. Das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.

II. Zu dem an das Ministerium des Innern übergehenden Geschäftsbereich gehören insbesondere auch:

1. Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, der Apothekerrat und die technische Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten.
2. Das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, die Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin, die Hygienischen Institute in Posen, Beuthen (Oberschlesien) und Saarbrücken, die Medizinal-Untersuchungsämter und -stellen, die Impfanstalten.
3. Die Inanspruchnahme des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., sowie der Universitäts- und sonstigen Institute, soweit sie Aufgaben der Medizinalverwaltung erfüllen.
4. Die Bearbeitung der Vorschriften über die Prüfungen der Kreisärzte, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Nahrungsmittelchemiker, die Angelegenheiten dieser Prüfungen, das Praktische Jahr der Mediziner und die Erteilung der Ermächtigung zur Beschäftigung von Medizinalpraktikanten an Krankenanstalten und Institute, die Erteilung der Approbation als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker, auch in den Fällen, in denen sie unter Befreiung von den ärztlichen, den zahnärztlichen oder den pharmazeutischen Prüfungen erfolgt, sowie die Erteilung des Ausweises als Nahrungsmittelchemiker.
5. Die Angelegenheiten des ärztlichen, des zahnärztlichen und des pharmazeutischen Berufes, die Fortbildung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, einschließlich der Akademien für praktische Medizin in Cöln und Düsseldorf, sowie

die Zentralkomitees für das ärztliche und für das zahnärztliche Fortbildungswesen in Preußen.

6. Die Angelegenheiten, betreffend Anlage, Bau, Einrichtung und Betrieb der Kranken-, Irren-, Entbindungs- usw. Anstalten, einschließlich der Säuglings-, Wöchnerinnen- und Krüppelheime.
7. Die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen, die Krankenpflegeschulen und Prüfungskommissionen, der Schutz des Genfer Konventionszeichens und der Tracht von Krankenpflegepersonen sowie die Auszeichnung von solchen Personen.
8. Alle sonstigen Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und der Kranken-, Irren-, Krüppel- und Säuglingsfürsorge.
9. Die Aus- und Fortbildung der Hebammen, besonders die Hebammenlehranstalten.
10. Die Nahrungsmittelkontrolle (mit Ausnahme der Fleischbeschau) und die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs.
11. Das öffentliche Badewesen, die gesundheitlichen Angelegenheiten der Kur- und Badeorte, sowie die Anerkennung von Mineral- und Thermalquellen als „gemeinnützige" im Sinne des Quellenschutzgesetzes.

Gesuche von Studierenden um Anrechnung ausländischer Schulbildung, ausländischen Studiums, einer ausländischen Prüfung, um Zulassung zur Prüfung unter Befreiung von einzelnen Zulassungsbedingungen, um Anrechnung eines dem medizinischen oder zahnärztlichen verwandten oder gleichwertigen Studiums, die Entscheidung über Anträge der Prüflinge, betreffend Wechsel der Prüfungskommission, Fristverlängerung, Beschwerden bezüglich des Prüfungsverfahrens u. a. sind, wenn die Gesuchsteller die ärztliche oder zahnärztliche Vorprüfung noch nicht bestanden haben, durch die Hand Eurer . . . . . an den Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten, in allen übrigen Fällen durch die Hand des Vorsitzenden der Prüfungskommission an den Minister des Innern zu richten.

Die Vorschläge bezüglich der Ernennung der ärztlichen und zahnärztlichen Prüfungskommissionen sind von Euer . . . . . an den Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten und an den Minister des Innern gemeinschaftlich, unter der äußeren Adresse des Ministers der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten zu richten.

Die Gesuche der Kandidaten um Zulassung zur ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Prüfung sind zukünftig nicht mehr an Euere . . . . sondern an den Vorsitzenden der Prüfungskommission zu richten, der die beigefügten Ausweise und Bescheinigungen zu prüfen und die Ergänzung der fehlenden oder die Abänderung der unvorschriftsmäßigen Stücke zu veranlassen hat, ehe die Gesuche an den Minister des Innern weiterzugeben sind.

Euere . . . . . wollen die Medizinische und die Philosophische Fakultät, die Vorsitzenden der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Prüfungskommissionen entsprechend benachrichtigen und dafür Sorge tragen, daß die Studierenden und Kandidaten der Medizin, Zahnheilkunde und Pharmazie von dem Vorstehenden in geeigneter Weise Kenntnis erhalten.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten.	Der Minister des Innern. In Vertretung.
gez. v. Trott zu Solz.	gez. Holtz.

— **Posen.** Das Gehalt der Anstaltsärzte an den Provinzial-Irrenanstalten der Provinz Posen ist vom 1. April 1911 ab erhöht worden. Es beträgt 3600 bis 6000 M. steigend alle drei Jahr, viermal um je 500 M., einmal um 400 M.

Die Anstellung der Anstaltsärzte erfolgt mit Pensionsberechtigung auf Lebenszeit und zwar nach 3 jähriger Tätigkeit als Assistenzarzt im Dienste der Provinz Posen. Auf die 3 jährige Assistenzarztzeit kann auch die in einer anderen als gleichwertig zu erachtenden Stellung zurückgelegte Dienstzeit außerhalb der Posenschen Verwaltung ganz oder zum Teil angerechnet werden.

Die obige Gehaltserhöhung begründende Landtagsvorlage (betreffend Änderung des Mindestgehalts und der Aufrückungsstufen der Anstaltsärzte an den Provinzial-Irrenanstalten) führte folgendes aus:

Durch Beschluß des 42. Provinziallandtags vom 9. März 1910 (Verhandlungen S. 94 ff.) ist das Gehalt der Anstaltsärzte an den Provinzial-Irrenanstalten auf 3300 bis 6000 M., steigend in 3 jährigen Stufen von 3 mal 500 und 3 mal 400 M. festgesetzt worden.

So wenig erwünscht es an sich erscheinen muß, schon jetzt an der durchgreifenden Gehaltsregelung des gedachten Landtagsbeschlusses etwas zu ändern, so wird das doch bei den Anstaltsärzten nicht zu umgehen sein, wenn nicht die ärztliche Versorgung der Irrenanstalten ernstlich in Frage gestellt werden soll.

Die Gewinnung von Ärzten für die Irrenanstalten stößt seit geraumer Zeit auf große Schwierigkeiten. Namentlich sind Ärzte mit psychiatrischer Vorbildung und Praxis nur in den seltensten Fällen zu haben. Wenn aber Assistenzärzte in einer der diesseitigen Anstalten ausgebildet sind, so ziehen sie es vor, nach einer anderen Provinz zu gehen, wo das Anfangsgehalt der definitiv angestellten Ärzte, also der Anstaltsärzte höher ist als in Posen. Diese Tatsache hält auch solche Ärzte, die noch nicht psychiatrisch vorgebildet sind, aber dem irrenärztlichen Beruf sich widmen wollen, davon ab, als Assistenzärzte in den Dienst der Provinz Posen zu treten, weil sie anderwärts nach Zurücklegung der Assistenzarztzeit günstigere Anstellungsbedingungen erwarten. An den 4 Irrenanstalten der Provinz Posen sind zur Zeit 4 Arztstellen unbesetzt, davon 2 in Obrawalde. Sobald die zweite Erweiterung dieser Anstalt durchgeführt sein wird, voraussichtlich also am 1. Juli 1911, wird der Ärztemangel an der Anstalt noch empfindlicher als bisher, zumal auch in den anderen Provinzial- und Bezirks-Irrenanstalten der Monarchie, wie die Ausschreibungen erweisen, häufig Arztstellen frei werden, so daß dadurch den hier vorhandenen Ärzten der Übertritt in den Dienst einer anderen Provinz leicht gemacht wird.

Eine neueste Umfrage (siehe die am Schluß befindliche Aufstellung) bei den anderen Provinzial- und

Bezirksverbänden hat ergeben, daß diese gegenwärtig den Anstaltsärzten überwiegend ein Anfangsgehalt von 3600 M. gewähren. Zum Teil sind sie erst in der Zwischenzeit seit Aufstellung der Vergleichtabelle auf S. 80 des Bandes II der Vorlage für den 42. Provinziallandtag dazu übergegangen. Niedriger ist das Anfangsgehalt nur in Westpreußen und Schlesien (2700 und 3000 M.), wo indes außer Dienstwohnung freie Heizung und Beleuchtung im Werte von 874 M. sowie Beköstigung I. Kl. und Wäschereinigung im Werte von 600 M. oder bei Verheirateten diese Beträge in bar gewährt werden; ferner in der Rheinprovinz, die ein Anfangsgehalt von 3500 M., aber 2 jährige Steigerungen um je 250 M. eingeführt und im Bezirksverband Cassel, welcher 3200 M. Anfangsgehalt, aber ein Endgehalt von 7200 M. und 3 jährige Steigerungen von 3 mal 400, 3 mal 600 und 2 mal 500 M. festgesetzt hat. Alle anderen Provinzial- und Bezirksverbände setzen das Anfangsgehalt auf 3600, Wiesbaden sogar auf 3800 M. fest. Pommern kennt überhaupt keine Anstaltsärzte, sondern stellt die Ärzte nach der Assistenzarztzeit sogleich als Oberärzte mit 3600—7200 M. an.

Entsprechend dem auch in den Anstaltsetatsentwürfen bereits berücksichtigten Beschlusse des Provinzialausschusses wird daher beantragt:

Die hohen Provinzialstände wollen beschließen:

1. Die Besoldungsordnung für die Anstaltsärzte an den Irrenanstalten der Provinz Posen wird dahin abgeändert, daß das Anfangsgehalt 3600 M. betragen und in 3 jährigen Stufen von 4 mal 500 und 1 mal 400 M. gesteigert werden soll.
2. Diese Besoldungsänderung hat keine rückwirkende Kraft. Nachzahlungen finden daher nicht statt. Die vorhandenen Anstaltsärzte sollen indes in die durch Ziffer 1 festgesetzte neue Besoldungsregelung vom 1. April 1911 ab in der Weise eingeordnet werden, daß angenommen wird, sie seien zur Zeit ihrer Anstellung als Anstaltsärzte mit den vom 1. April 1911 ab geltenden Gehaltssätzen angestellt worden.

Ermittelungen der Gehälter von Anstaltsärzten:

Ostpreußen: Gehalt 3600—6600, steigt von 3 zu 3 Jahren um 600, Dienstwohnung oder Wohnungsgeldzuschuß.

Westpreußen: Gehalt 2700—5700, steigt von 3 zu 3 Jahren um 500, Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung im Werte von 874 M., Beköstigung I. Kl. und Wäschereinigung im Werte von 600 M.

Brandenburg: Gehalt 3600—4800, steigt von 3 zu 3 Jahren um 400, Dienstwohnung oder Wohnungsgeldzuschuß.

Pommern: Anstaltsärzte (Oberärzte) 3600—7200, steigt 3 zu 3 Jahre, 1 mal um 600, 6 mal um 500 M., freie Dienstwohnung, Heizung, Beleuchtung, Garten und Arznei.

Schlesien: Abteilungsärzte, Gehalt 3000—6600, steigt 3 zu 3 Jahre um 600, Dienstwohnung, Heizung und Garten.

Sachsen: Ordentliche Ärzte, Gehalt 3600—6000, steigt 3 zu 3 Jahre um 400, Dienstwohnung.

Schleswig-Holstein: Oberärzte, Gehalt 3600 bis 7200, steigt von 3 zu 3 Jahren um 1 mal 600, 6 mal 500, Dienstwohnung, Beleuchtung und Garten.

Bezirksverband Hessen-Cassel: Geh. 3200 bis 7200, steigt 3 zu 3 Jahre 3 mal 400, 3 mal 600 und 2 mal 500, Dienstwohnung und Garten oder Wohnungsgeldzuschuß.

Bezirksverband Wiesbaden: Die übrigen Oberärzte Gehalt a) 3800—6400, b) 2600—5290, steigt zu a und b 2 mal 500, 4 mal 400, zu a) Dienstwohnung mit elektr. Beleuchtung und Garten oder Wohnungsgeldzuschuß pens. Wert 1200 M., zu b) freie Station, Heizung, Beleuchtung, Wäsche, Bedienung und möbl. Junggesellenwohnung.

Westfalen: Abteilungsärzte, Gehalt 3600—6300, steigt 2 zu 2 Jahre, 9 mal 300, Dienstwohnung und Garten oder Wohnungsgeldzuschuß.

Rheinprovinz: Gehalt 3500—5000, steigt 2 zu 2 Jahre um 250, Dienstwohnung, Heizung, Beleuchtung, Garten und Arznei.

Hannover: Abteilungsärzte, Gehalt 3600—6000, steigt 3 zu 3 Jahre 7 mal 400, 1 mal 200, Dienstwohnung, Heizung, Beleuchtung und Garten.

— **Fürsorgestelle für entlassene Geisteskranke in Berlin.** Der Magistrat Berlin beabsichtigt einen Versuch mit der Einrichtung einer Fürsorgeanstalt für entlassene Geisteskranke zu machen und hat dafür vorbehaltlich der Zustimmung der Stadtverordneten-Versammlung 20000 M. für 1911 bewilligt. Es ist in Aussicht genommen, beim Armenamt VII in der Ebertystraße eine solche Einrichtung zu schaffen, vorläufig versuchsweise in kleinem Rahmen und dann, wenn sie sich bewährt, in einem weiteren Ausbau.

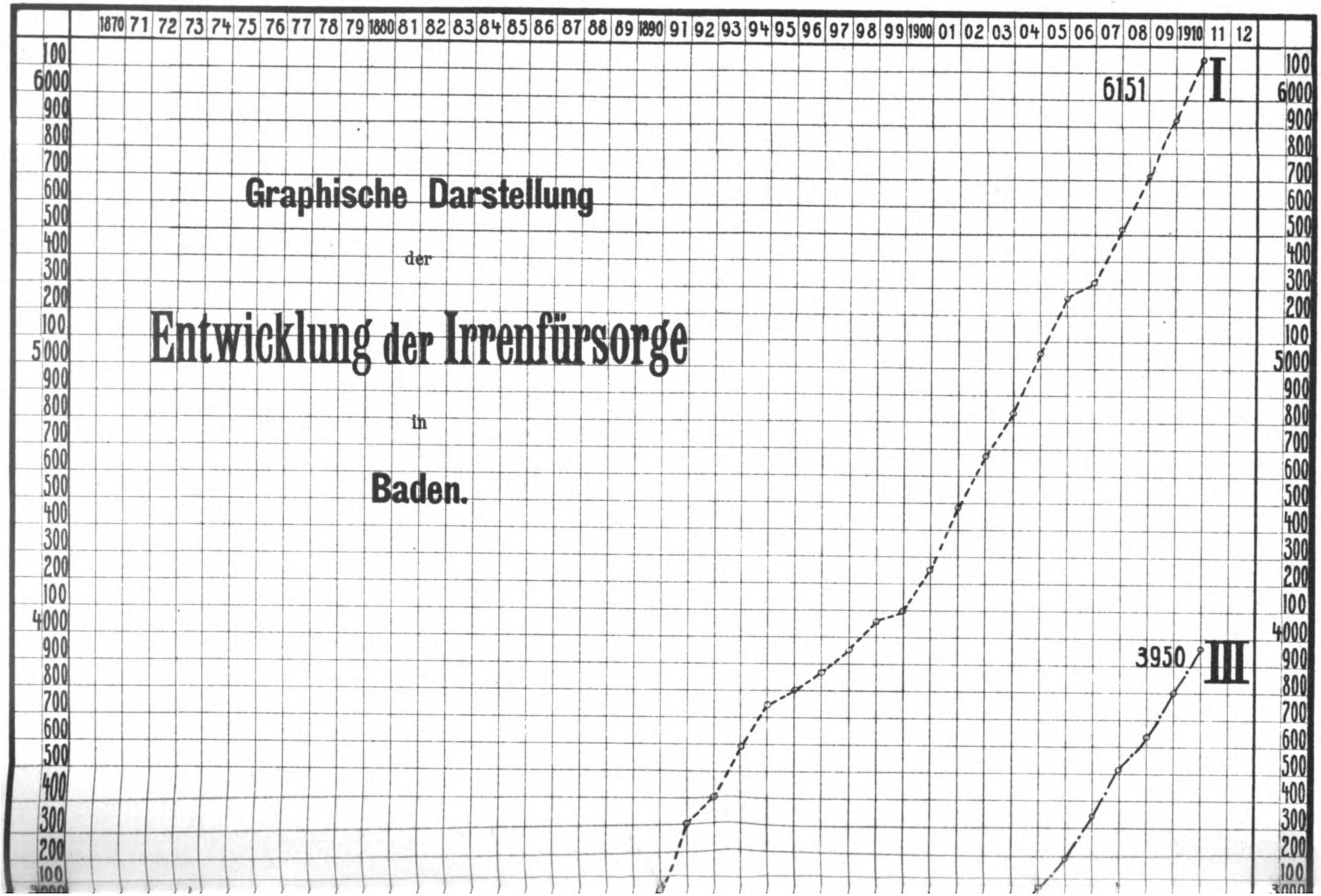
Personalnachrichten.

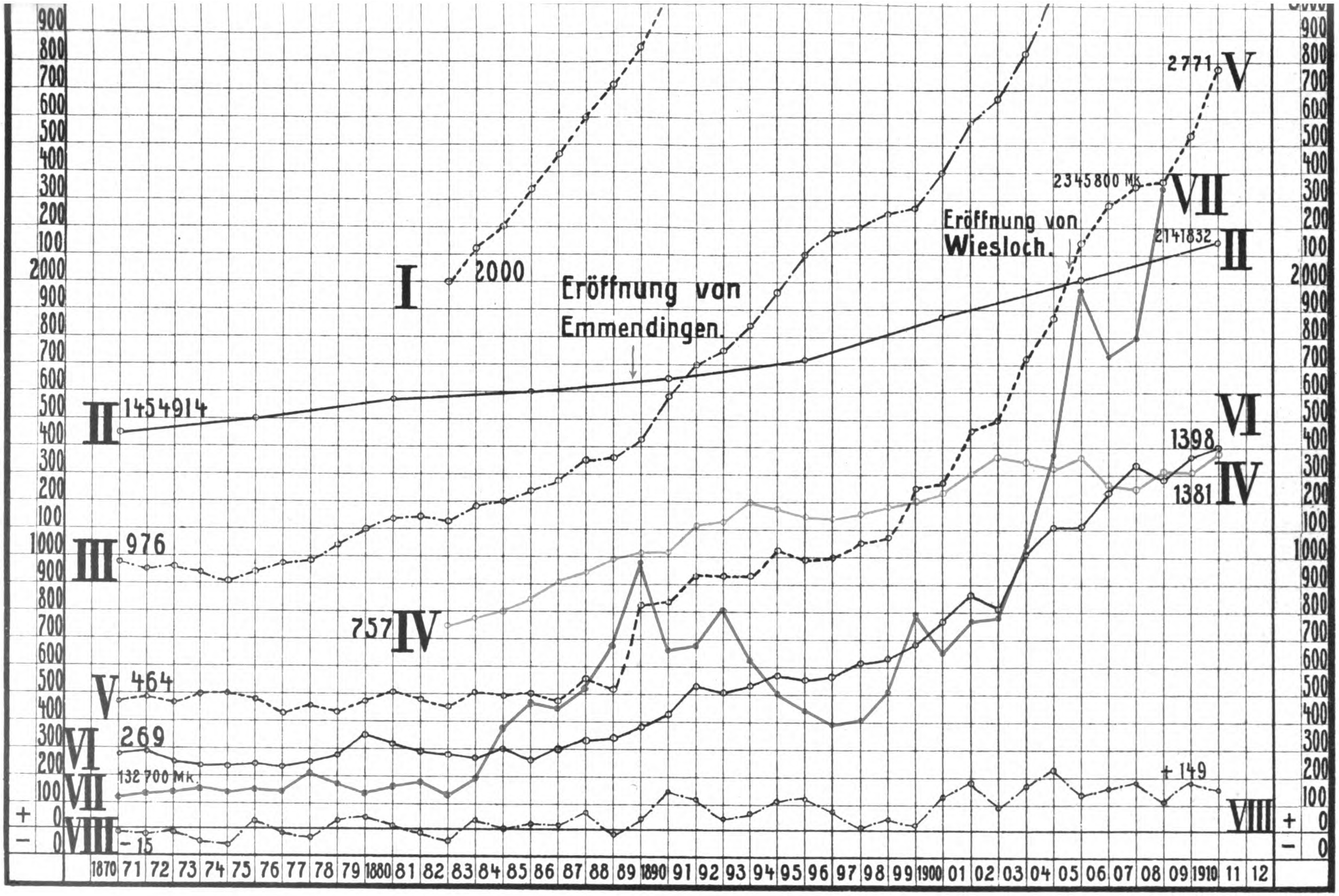
(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Württemberg.** Eine am 1. Mai zur Erledigung kommende Oberarztstelle bei der k. Heilanstalt Schussenried ist dem Assistenzarzt an der k. Heilanstalt Weißenau, Dr. Weinland, übertragen worden. — Dem bei der k. Heilanstalt Weinsberg vorläufig verwendeten approbierten Arzt Ludwig Anhalt ist eine Assistenzarztstelle bei dieser Anstalt übertragen worden.

— **Turin.** Prof E. Lugaro ist zum ordentl. Professor der Psychiatrie in Turin ernannt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.


Graphische Darstellung
der
Entwicklung der Irrenfürsorge
in
Baden.
1870 71 72 73 74 75 76 77 78 79 1880 81 82 83 84 85 86 87 88 89 1890 91 92 93 94 95 96 97 98 99 1900 01 02 03 04 05 06 07 08 09 1910 11 12
100 6000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 5000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 4000 900 800 700 600 500 400 300 200 100
6151
I
3950
III


I
2000
II
1454914
2141832
III
976
IV
757
1381
V
464
2771
VI
269
1398
VII
132 700 Mk.
2345800 Mk.
VIII
- 15
+ 149
Eröffnung von Emmendingen.
Eröffnung von Wiesloch.
1870 71 72 73 74 75 76 77 78 79 1880 81 82 83 84 85 86 87 88 89 1890 91 92 93 94 95 96 97 98 99 1900 01 02 03 04 05 06 07 08 09 1910 11 12

// Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 6. 6. Mai 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Statistisches aus dem badischen Irrenwesen. Von Medizinalrat Dr. Max Fischer-Wiesloch. (S. 47.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 49.) — Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems. Von Dr. med. Seemann, Nervenarzt. (S. 52.) — Mitteilungen (S. 55.): Ehrung des Geh. Med.-Rat Dr. Sander. Neubau der psychiatrischen Universitätsklinik in Königsberg in Pr. Prämien auf Alkoholabstinenz. — Referate. (S 56.) — Personalnachrichten. (S. 56.) — Pharmazeutisches. (S. 56.) — Anstaltstechnisches. (S. 57.)

Statistisches aus dem badischen Irrenwesen.

Mit einer Tafel.

Von Medizinalrat Dr. *Max Fischer*-Wiesloch.

In meiner „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden“ vom Jahre 1909 ist eine große Reihe von statistischen Angaben und Zusammenstellungen, zum Teil in Tabellenform, enthalten. Die wichtigsten dieser Daten habe ich auf der „Ausstellung des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke“ in Berlin im Oktober 1910 einmal als Tabelle, dann aber in der instruktiven Form des graphischen Bildes in Kurven zur Darstellung gebracht.

Im Folgenden gebe ich nun außer diesen bis zum 31. Dezember 1910 ergänzten Kurvenbildern noch einige Ergänzungen zu den Betrachtungen der Denkschrift, die mir nicht unwesentlich erscheinen.

Das Anwachsen der Aufgaben der Irrenfürsorge im allgemeinen, des staatlichen Anstaltswesens im besonderen können wir am besten an der Zunahme des Krankenstandes in allen staatlichen Anstalten zusammen im Laufe der letzten Jahrzehnte verfolgen.

Der Krankenstand betrug in den staatlichen Irrenanstalten:

und zwar vor der Eröffnung von Illenau in den damaligen einzigen beiden Anstalten Heidelberg und Pforzheim, d. h. am 31. Dezember 1830: 264, am 31. Dezember 1840: 311, also mehr 47, d. h. um 17,7%; nach der Eröffnung von Illenau in Pforzheim und Illenau zusammen, d. i. am 31. Dezember

1850:	648,	also mehr	329,	d. h. um 105,7%
1860:	916,	„ „	268,	„ „ „ 41,3%
1870:	976,	„ „	60,	„ „ „ 6,5%
1880:	1141,	„ „	165,	„ „ „ 16,9%
1890:	1581,	„ „	440,	„ „ „ 38,5%
1900:	2407,	„ „	826,	„ „ „ 52,2%
1910:	3950,	„ „	1543,	„ „ „ 64,1%

Es hat sich also gehoben bis 31. Dezember 1910

	d. Anstaltsbevölkerung	d. Landesbevölkerung
seit dem Jahre 1900 um 1543 d. h. um	64%	14%
„ „ „ 1890 „ 2369 „ „ „	149%	29%
„ „ „ 1880 „ 2809 „ „ „	246%	36%
„ „ „ 1870 „ 2974 „ „ „	304%	47%
„ „ „ 1860 „ 3035 „ „ „	331%	57%
„ „ „ 1850 „ 3302 „ „ „	509%	57%
„ „ „ 1840 „ 3639 „ „ „	1170%	65%
„ „ „ 1830 „ 3686 „ „ „	1396%	78%

Die Zahl der Geisteskranken in Irrenanstalten, also die Anstaltsbevölkerung hat sich somit in 80 Jahren um 17,9 mal stärker resp. rascher vermehrt als die Landesbevölkerung.

Und zwar fällt die Zunahme in der Anstaltspflege im wesentlichen den staatlichen Anstalten zu; denn die Zunahme der Geistesschwachen in den Kreispflegeanstalten etc. betrug z. B. seit dem Jahre 1890 bis 1910 nur 746, während in der gleichen Zeit die Anstaltsbevölkerung der staatlichen Heil- und Pflegeanstalten um 2369 anstieg.

Das Verhältnis von Geisteskranken in staatlichen Irrenanstalten zur Einwohnerzahl des Landes ist in den letzten 40 Jahren gestiegen von 0,65 : 1000 auf 1,84 : 1000, also um das 2,83 fache.

Die Summe der jährlichen Aufnahmen in allen Irrenanstalten zusammen betrug 1870: 464, im Jahre 1880 bereits 509, im Jahre 1890 aber 849, im Jahre 1900 sodann 1284, im Jahre 1910 sogar 2771; das sind Zunahmen um 9,7, resp. 66,79, resp. 51,2, resp. 115,8% oder in der ganzen Zeit seit 1870 um 497%. Im letzten Jahrzehnt hat die Zunahme, wie wir sehen, noch keineswegs nachgelassen, sondern gegenteils am stärksten (um 115,8%) zugenommen.

Unter den Gesamtaufnahmen sind die Erstaufnahmen und ihr Verhältnis zur Landesbevölkerung von besonderer Wichtigkeit, weil diese Zahlen am ehesten zeigen, in welcher Menge und in welchem Verhältnis Neuerkrankungen an Geistesstörung unter der Bevölkerung vorkommen und der Anstaltspflege bedürfen. Wir haben daran also einen guten Gradmesser für die Inanspruchnahme der Irrenfürsorge; besonders in der vorzüglichen englischen Irrenstatistik spielt diese Ziffer eine große Rolle.

Die Zahl der jährlichen Erstaufnahmen stieg nun von 269 im Jahre 1870 auf 328 im Jahre 1880, auf 433 im Jahre 1890, auf 778 im Jahre 1900 und auf 1398 im Jahre 1910; mithin betrug die Zunahme 21,93%, resp. 32,01%, resp. 79,67%, resp. 79,69% und seit 1870 im ganzen 1129 d. h. 419,70%.

In den gleichen Zeitabschnitten stieg die Landesbevölkerung um jeweils 7,6%, resp. 5,5%, resp. 12,6% und 14,6% und in der ganzen Zeit von 1870 bis 1910 um 46,54%. Während sonach in 40 Jahren eine Bevölkerungszunahme um das 0,46 fache stattgefunden hat, ist die Zahl der Erstaufnahmen in die Anstalten um das 4,2 fache gewachsen, also 9,13 mal stärker.

Und wenn wir die Verhältniszahl von Erstaufnahmen zur Landesbevölkerung nehmen, so sehen wir ein Ansteigen von 0,19 Erstaufnahmen : 1000 Einwohner vom Jahre 1870 auf 0,21 : 1000 im Jahre 1880, auf 0,26 : 1000 im Jahre 1890, auf 0,42 : 1000 i. J. 1900 bis auf 0,65 : 1000 i. J. 1910. Also auch hier ein kontinuierliches starkes Ansteigen — im ganzen auf das 3,4 fache in 40 Jahren —, noch kein Nachlaß.

Der Zuwachs der Irrenanstaltspfleglinge aller Anstalten pro Jahr, eine Zahl, die wir als Jahresindex bezeichnen und in unseren Berechnungen für die Zukunft als sicherste Grundlage für den unumgänglich nötigen, jährlichen Mehrbedarf an Anstaltsplätzen eingeführt haben, betrug 1872 — dazwischen waren anfangs auch Abnahmen zu verzeichnen — noch 9, 1880 schon 33, 1890 sodann 153 (Eröffnung von Emmendingen), 1900 weiterhin 130, 1910 aber wieder 149, d. h. er ist von 0,93% auf 3,77% des Krankenstandes gestiegen, d. h. auf das 4 fache. Er zeigt also keine sinkende Tendenz, sondern im Gegenteil gleichfalls ein unablässiges Ansteigen trotz aller Anstrengungen des Staates in der Bereitstellung von neuen Anstaltsplätzen. Auch für die Zukunft werden wir somit mit dieser Zahl eines jährlichen Mehrbedarfs an Anstaltsplätzen zu rechnen haben. Bis zum Jahre 1920 würden uns nach diesen Berechnungen allein 1700 Plätze in der Landesirrenversorgung fehlen, für deren Beschaffung in neuen Asylen wir also vorsorglich einzutreten haben.

Die Zahl der Gesamtverpflegten in den staatlichen Irrenanstalten stieg von 1455 i. J. 1870 auf 6572 im Jahre 1901, also um das 3,5 fache; die Zahl der Gesamtverpflegungstage von 413 349 im Jahre 1880 auf 1 452 135 im Jahre 1910, also in 30 Jahren um das 2,5 fache.

Auf 1 Platz (Bett) in den Irrenanstalten kamen im Jahre 1870 noch 1,455 Verpflegte, im Jahre 1910 jedoch 1,805.

Auf 1 Kranken kamen im Jahre 1880: 255,62 Verpflegungstage, im Jahre 1910: 220,95 Verpflegungstage.

Die Ausgaben für das gesamte Irrenwesen wuchsen an von 132 700 M. im Jahre 1870 auf 2 345 800 M. im Jahre 1908, also auf das 17,7 fache.

Zur Zeit — d. h. berechnet aus dem Ausgabebetreffnis von 1908 — betragen die Ausgaben des Staates in toto für einen Anstaltspflegling 649,62 M. gegen 151,5 M. im Jahre 1880, also 4,3 mal mehr; und es entfallen auf einen Einwohner des Landes 1,10 M. gegen 0,11 M. im Jahre 1880, also 10 mal mehr.

Die Ausgaben im ordentlichen Etat allein, also ohne Neubauten, stiegen von 120 000 M. i. J. 1870 auf 125 100 M. im Jahre 1880, auf 287 200 M. im Jahre 1890, auf 410 700 M. im Jahre 1900 bis auf 1 043 700 M. im Jahre 1908 oder in der ganzen Zeit d. h. in 38 Jahren auf das 8,7 fache.

Mit diesen Darlegungen ist eigentlich auch die Kurventafel, die hier abgebildet ist, schon genügend erklärt, so daß ich hierzu nur wenig mehr zu sagen brauche.

Kurve I gibt den Krankenstand auf Jahresschluß in den staatlichen und nichtstaatlichen Asylen zusammen an.

Im Jahre 1882: 2000, im Jahre 1910: 6151.

Ein Vergleich mit Kurve III und Kurve IV lehrt, daß das Anwachsen lediglich den staatlichen Anstalten resp. der vermehrten staatlichen Fürsorge (Gründung neuer Asyle etc.) zuzuteilen ist.

Kurve II. Anwachsen der Landesbevölkerung in Tausenden — die flachste Kurve der Tafel —; siehe unsere Mitteilungen im Text.

Im Jahre 1870: 1454914 Einwohner;
im Jahre 1910: 2 141 832 Einwohner.

Kurve III. Krankenstand auf Jahresschluß in den staatlichen Anstalten.

Im Jahre 1870: 976, im Jahre 1910: 3950 Kranke.

Man erkennt nach dem flacheren Kurventeil, der etwa bis zum Jahre 1888 reicht, ein bedeutend

rascheres Ansteigen mit der Eröffnung von Emmendingen im Jahre 1889, das abgesehen von einem kurzen Nachlaß (1896—1898) unvermindert weiterhin anhält und zu neuen Anstaltsprojekten drängt (Wiesloch eröffnet 1905); ein Nachlaß ist seitdem nicht eingetreten.

Kurve IV. Geisteskranke in den Kreispflegeanstalten — also außerhalb der staatlichen Irrenpflege —; eine viel flachere Kurve.

Im Jahre 1882: 757, im Jahre 1910: 1381 Kranke. Die Zunahme entspricht im Verhältnis etwa der Zunahme der Landesbevölkerung. Man vergleiche den Text und das zu Kurve I Gesagte.

Kurve V. Summe der Jahresaufnahmen in allen staatlichen Anstalten.

Im Jahre 1870: 964,

im Jahre 1910: 2771 Gesamtaufnahmen.

Die anfangs flache Kurve nimmt einen ersteren steilen Anstieg um die Zeit der Eröffnung Emmendingens, verläuft dann, ohne indes zurückzugehen, etwas flacher bis 1898 und nimmt dann einen neuen bedeutenden und kontinuierlichen Anstieg, der auch nach der Eröffnung von Wiesloch im Jahre 1905 bis heute noch nicht nachgelassen hat. Die Kurve verläuft ziemlich konform der Krankenstandskurve III.

Kurve VI. Erstaufnahmen im Jahre in den Aufnahmeanstalten.

Im Jahre 1870: 269, im Jahre 1910: 1398 Erstaufnahmen.

Die Kurve zeigt ein im ganzen stetiges, wenn auch von kleinen Erhebungen und Senkungen unterbrochenes Ansteigen, das vom Jahre 1889 an einen stärkeren Grad annimmt und über das Ansteigen der Bevölkerungskurve erheblich hinausgeht, hinter der Kurve der Gesamtjahresaufnahmen aber gerade seit 1889 nach und nach zurückbleibt. Vielleicht darf darin ein erstes günstiges Anzeichen dafür erblickt werden, daß wir in der Krankenbewegung etwas ruhigeren Zeiten entgegengehen und daß unsere Krankenfürsorgeeinrichtungen dem aus dem Volke hervortretenden Bedürfnisse der Zahl nach allmählich angemessener werden. Der Vergleich der beiden Kurven zeigt aber auch, daß mit der Bereitstellung neuer Asyle die Zahl der wiederholten Aufnahmen stärker angestiegen ist als die Zahl der Erstaufnahmen.

Man vergleiche außerdem die Bemerkungen weiter oben im Text.

Kurve VII. Ausgaben des Staates für das Irrenwesen des Landes, in tausend Mark.

Im Jahre 1870: 132 700 M., im Jahre 1908: 2 345 800 M. Diese Kurve zeigt natürlich ein starkes Ansteigen zur Zeit der Erbauung neuer Asyle (1883—1894 Emmendingen, 1903—1910 Wiesloch). Aber auch zwischen diesen beiden Ereignissen sinkt die Kurve bei weitem nicht mehr auf das vorherige Niveau herab.

Kurve VIII. Jahresindex, d. h. die Zahl, um die jedes Jahr der Krankenstand in allen staatlichen Anstalten tatsächlich zugenommen hat, also der realste Ausdruck für das notwendige Mehr an Anstaltsfürsorge.

Im Jahre 1870: — 15, im Jahre 1810: + 149. Siehe auch den Text weiter oben.

Ich möchte diese Darstellungen nicht beschließen, ohne folgenden Vorschlag zu machen. Ließe sich nicht der Gedanke verwirklichen, die Irrenfürsorge auch anderer Länder und Provinzen in der gleichen Form wie hier geschehen graphisch darzustellen? Wir könnten auf dieser Grundlage, vielleicht für einen späteren Kongreß, zu einer einheitlichen vergleichenden Kurvendarstellung aus allen deutschen Staaten und schließlich zu einer internationalen Übersicht der Irrenfürsorgeverhältnisse aller Länder gelangen — ein sicher erstrebenswertes Ziel!

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Fortsetzung.)

Die intravenöse Injektion, die von kräftigen Personen in Höhe bis 0,5 g gut vertragen zu werden scheint, wirkt im allgemeinen immer am schnellsten. Die zuerst von Alt und Iversen erprobte alkalische Lösung, die am besten wirkt, hat den Nachteil, daß sie ziemlich schmerzhaft ist. Bei der neutralen Emulsion von L. Michaelis und Wechselmann ist die Schmerzhaftigkeit anfänglich geringer. Ehrlich glaubt, daß die Kombination der intravenösen und subkutanen Injektion (0,4 bis 0,5 intravenös,

nach zwei bis vier Tagen subkutane oder intramuskuläre Injektion neutraler Emulsion oder Paraffinemulsion, nach Volk und Kromayer) bei sonst gesunden Personen zu empfehlen ist, d. h. eine Verbindung der Schnellwirkung mit der Dauerwirkung zur Vertilgung eines eventuell widerstandsfähigen Restes. Ehrlich empfiehlt nach Alt bei Nervenerkrankungen syphilitischer Art nicht über 0,4 g hinauszugehen, da wir hier Individuen gegenüberstehen, die überempfindlich sind und von seiten ihres Herzens oder Zentralnervensystems unangenehm reagieren können. Bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems sind offenbar die Spirochäten in sehr geringer Zahl vorhanden und daher kleinere Mengen von „606" ausreichend zur Abtötung der Spirochäten. Bei den gewöhnlichen syphilitischen Affekten, insbesondere bei Primäraffekten, werden möglichst 0,7 bis 0,8 g, eventuell noch mehr, eventull mit Wiederholung empfohlen, um die Infektion so schnell wie möglich radikal zu beseitigen. Bei nicht definitiver Heilung steht nicht das mindeste entgegen, die „606"-Kur mit anderen bewährten Maßnahmen lokaler oder allgemeiner Art zu kombinieren und die Parasiten möglichst von verschiedenen Seiten gleichzeitig anzugreifen. Fortlaufende Kontrollen mittels der Wassermannschen Reaktion sind notwendig. Da nach Alt (Uchtspringe) bei Arsenophenylglyzin 16% der Paralytiker die Wassermannsche Reaktion verloren, 20% eine Abschwächung derselben erkennen ließen, und da bei erstgenannten 16% in einem Zeitraum von zwei Jahren die Reaktion nicht wieder eingetreten ist, so darf man in dieser Beziehung bei dem an sich ungefährlicheren „606" mit den besten Hoffnungen in die Zukunft blicken. — Mit „606" hat Nichols im Tierversuch, Strong bei Menschen bei Framboesie, die durch Spirochaeta pertennis erzeugt wird, eine glänzende Heilwirkung erzielt, Iversen hat bei Malaria die Therapia sterilisans magna mit kleinen Dosen erfolgreich durchgeführt, Nocht-Werner und Iversen haben bei Malaria, besonders bei Febris tertiana eine kräftige Heilwirkung von „606" beobachtet, auch bei der Schlafkrankheit sind Heilwirkungen des „606" festgestellt, endlich scheint damit nach Haller (Saratow) und Lewis Marks auch bei Variola ein gewisser Effekt erzielt werden zu können.

Nach Alt (Uchtspringe)[4]) hätten mindestens 75% der nach Anwendung des Mittels bekannt gewordenen Todes- und ungünstigen Zufälle, die im Vergleich zu der großen Zahl der behandelten Fälle nicht groß zu nennen ist, bei erforderlicher Vorsicht und bei Befolgung der gegebenen Vorschriften und aufgestellten Kontraindikationen vermieden werden können. Die meisten solcher Zufälle betrafen Kranke mit alten luetischen Affektionen des Nervensystems. Da „606" nicht nur die erreichbaren Spirochäten tötet, sondern auch an allen syphilitischen Neubildungen oder Gewebsveränderungen, deren Auflösung und Abräumung es anregt, eine beträchtliche Hyperämie, eine Art Entzündung setzt, so kann ein solcher Vorgang in der knöchernen Kapsel der Gehirn- oder Rückenmarkshöhle eine Änderung des allgemeinen und örtlichen Drucks und damit Lähmungs- oder Reizerscheinungen, meist rasch vorübergehender Art, bewirken. Ganz ähnlich wie nach Arsenophenylglyzin beobachtet man auch nach 0,3 bis 0,4 g des weit weniger giftigen „606" (in alkalischer Lösung) bei luetischen und metaluetischen Gehirnkranken oft leichte sensorische, sensuelle, sensible und motorische Störungen. Paralytiker der sogen. spastischen Form sind, besonders bei längerem Bestehen des Leidens, möglichst von der Behandlung auszuschließen. Wenn die Paralyse schon so weit vorgeschritten ist, daß der nicht psychiatrisch geschulte Arzt, ja selbst der Laie sie als solche zu erkennen vermag, ist die Behandlung aussichtslos. Nur in den frühesten Anfängen ist die Möglichkeit eines Stillstandes oder einer weitgehenden Remission durch „606" gegeben. Die bei Gehirn- und Nervenkranken mit lange zurückliegender syphilitischer Infektion sehr häufig bestehenden Störungen seitens des Herzens und der Gefäßtätigkeit sowie überhaupt alle Komplikationen erfordern sorgfältige Vorbehandlung, Berücksichtigung und möglichste Behebung vor der „606"-Kur, für welche diese Fälle ein sehr überzeugendes und dankbares Objekt sind; doch darf man keine großen Dosen geben und behandele man jeden Gehirnluetiker so vorsichtig wie einen Epileptiker mit Neigung zum Status epilepticus. Bei sehr aufgeregten Kranken bevorzugt Alt die nach den Vorschriften von Hoppe und Schreiber anzuwendende intravenöse Injektion der Lösung (keine konzentrierte saure) eventuell in leichter Chloroformsauerstoffnarkose. Bei postluetischer Epilepsie soll man eine etwa eingeleitete Bromkur wegen Einleitung der „606"-Kur nicht plötzlich abbrechen. Bei Frühformen von Tabes ist eine ganze Anzahl subjektiver und objektiver weitgehender Besserungen beobachtet. Auf Narkotika und Nervina, die etwa, wie häufig, der Tabiker gebraucht, ist vor Einleitung der Kur Rücksicht zu nehmen. Alt hat bei Tabikern, mehr noch als bei den Paralytikern, nicht selten am

[4]) a. a. O.

zweiten oder den nächsten Tagen Fieber (selten über 38,5) mit leichter Benommenheit, Steigerung der lanzinierenden Schmerzen, multiple Gelenkschmerzen, Neuralgien etc. vorübergehend beobachtet, Symptome, die möglicherweise mit der durch das Mittel angeregten Hyperleukozytose und gesteigerten Harnsäurebildung im Zusammenhang stehen. Mit dem Fieber schwinden nicht nur die genannten Beschwerden, sondern meist auch ein gut Teil der ursprünglichen Schmerzen; letzteres in einigen Fällen fortdauernd schon seit 7 bis 8 Monaten. Auch manche objektiv erkennbaren weitgehenden Besserungen sind erfolgt. Ein stark ataktischer, im März mit „606" behandelter Tabiker machte schneidig den Parademarsch mit.

Schreiber (Magdeburg)[5]) teilte mit, daß er über 400 Fälle intravenös injiziert habe, ohne schwerere Nebenerscheinungen zu sehen. Nur bei Dosen über 0,5 kam es zu vorübergehendem Erbrechen und Durchfällen. Die Temperatur steigt bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, besonders bei Tabes, später an als bei frischen Fällen, zuweilen erst am dritten Tage. Wo die Reaktionserscheinungen verhängnisvoll werden können, zumal bei Erkrankungen des Zentralnervensystems empfiehlt Schreiber zunächst einmal eine kleine Dosis einzuspritzen und diese nach einigen Tagen zu wiederholen. Er sah in einem Fall von Hirnsyphilis mit vollkommener Apathie nach Injektion von nur 0,2 Zuckungen in dem gelähmten Arm auftreten. Nach drei Tagen auffallende Besserung; Pat. konnte wieder sprechen und war auch vollkommen klar. Schreiber rät für alle Fälle, wo es auf sichere und schnelle Wirkung ankommt, z. B. bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, die intravenöse Einspritzung zunächst kleiner eventuell später zu wiederholender Dosen.

Wechselmann (Berlin)[6]) hat in einer großen Reihe von Fällen mit ausgesprochen tabischen Symptomen wesentliche Besserungen gesehen. In einzelnen Fällen von Stauungspapille und Neuritiden des Sehnervs, die von Fehr zu 3% bei exanthematischer Syphilis nachgewiesen wurden, hat die Kur gut gewirkt. Aber auch bei beginnender oder fortgeschrittener Sehnervenatrophie hat Wechselmann die Injektion gemacht, um einen Stillstand zu erzielen. Nie ist eine Verschlechterung eingetreten. Eine frische Neuritis ist keine Kontraindikation gegen die Behandlung.

Stern[7]) sah bei einer Meningomyelitis luetika (Infektion vor sieben Jahren) von 0,7 innerhalb vier Wochen nach der Injektion keinen Erfolg.

W. Scholtz (Königsberg)[8]): Zwei Kranke mit Labyrinth-Lues wurden mit 0,4 bezw. 0,45 gespritzt. Nach anfänglicher Verschlechterung der Ohrgeräusche und der Hörfähigkeit stellte sich nach 8 bis 14 Tagen geringe Besserung gegenüber dem ursprünglichen Status ein. Nach Scholtz' Untersuchungen scheint das Serum luetischer mit „606" injizierter Personen bereits etwa 48 Stunden nach der Injektion Stoffe zu enthalten, welche auf floride menschliche Lues heilend wirken. Die Versuche werden fortgesetzt.

Nach Grouven (Halle a. S.)[9]) kann das erste „Wetterleuchten" parasyphilitischer Erkrankungen unmöglich die absolute Grenze der Verwendbarkeit von „606" bilden, da meist auch in schweren Fällen derartiger Erkrankung das Präparat keine so große Gefahren bietet, daß der erreichbare Erfolg — und sei es auch nur ein Stillstand im fortgeschritteneren Stadium — dazu im Mißverhältnis stünde. Grouven hebt die günstige Beeinflussung von Schlaf, Appetit und Ernährung auch bei nichtsyphilitischen Kranken durch das Mittel „606" hervor, was m. E. empfehlenswert erscheinen läßt, daß man es bei Nichtsyphilitischen in größerem Umfange anwenden sollte.

Friedländer (Berlin) [10]) hat bei vierzehn Kranken mit syphilitischen Nervenleiden das Mittel versucht, hauptsächlich Tabiker und Pseudotabiker, dann Fälle von Muskellähmungen und nervösen Schmerzen, hauptsächlich Kopfschmerzen. „Subjektiv war in allen diesen Fällen ein Nutzen zu konstatieren, die Patienten fühlten sich frischer und die Stimmung hob sich, objektiv mußte der günstige Einfluß auf die Schmerzen, besonders die gastrischen Krisen, vor allem aber auf die oft unerträglichen, quälenden und deprimierenden Kopfschmerzen auffallen, welche immer in wenigen Tagen schwanden." Bei einem 44 Jahre alten Manne, der im Februar 1910 einen harten Schanker akquiriert hatte, welcher durch 19 Sublimatinjektionen ausgeheilt worden war, traten im August Blasenschwäche, allgemeine Müdigkeit, Rombergsches Symptom und Fehlen des Kniephänomens ein. Am 22. August wurde 0,6 g injiziert; nach acht Tagen waren die sämtlichen Erscheinungen geschwunden.

Blumenfeld[11]) bemerkt, daß luetische Kopfschmerzen oft nach 24 Stunden verschwinden.

Salmon (Paris)[12]) berichtet über folgende

[5]) a. a. O.
[6]) a. a. O.
[7]) a. a O.

[8]) a. a. O.
[9]) a. a. O.
[10]) a. a. O., p. 1916.
[11]) a. a. O., p. 1917.
[12]) a. a. O., p. 1918.

zwei Nervenfälle: Bei einem Patienten mit Hemiplegie war 14 Tage nach Injektion von 0,4 g die Kraft in der Hand und der Gang normal; der seit sieben Monaten arbeitsunfähige Kranke konnte wieder als Mechaniker arbeiten. Es war bereits der zweite Anfall von Hemiplegie. Bei dem anderen Patienten handelte es sich ebenfalls um den zweiten Anfall von Hemiplegie. Am Tage nach der Injektion von 0,6 g beginnende Beweglichkeit des Arms. Nach zwei Tagen konnte das Bein bewegt und die Zunge hervorgestreckt werden, der Pupillenreflex war wieder normal. Nach sechs Tagen konnte der Patient gut gehen, die Fazialislähmung war noch vorhanden. Einen relativen Erfolg erzielte er bei einem Fall von chronischer Meningitis.

Saalfeld (Berlin)[13]) beobachtete bei zweien von drei Tabesfällen bis zu seiner Berichterstattung keine Änderung; beim dritten wesentliche Besserung der neuralgischen Beschwerden, vor allem der gastrischen Krisen, und der Beweglichkeit beim Gehen.

Dagegen sah Ledermann (Berlin)[14]) keinen Erfolg — wenigstens nicht innerhalb von nicht ganz drei Wochen nach der Injektion — bei einem Falle von Fazialisparese auf syphilitischer Basis, die durch eine vor 3/4 Jahren stattgefundene Quecksilberbehandlung zwar gebessert, aber nicht geheilt worden war; ebensowenig wie bei einem Patienten mit Lähmung beider Beine, die mehrfachen Quecksilberkuren getrotzt hatte, obwohl die vor der Injektion positive Reaktion nachher negativ geworden war; und in einem Fall von Tabes wurde die Ataxie nicht wesentlich beeinflußt.

Joseph und Siebert[15]) berichten von einem Fall von beginnender Paralyse, bei welchem auf Injektion von 0,45 erhebliche Besserung konstatiert wurde.

[13]) a. a. O., p. 1919.

[14]) a. a. O., p. 1920.

[15]) a. a. O., p. 1922.

(Fortsetzung folgt.)

Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems.

Von Dr. med. *Seemann*, Nervenarzt.

Die hohe Bedeutung der Ernährung bei allen Nervenkrankheiten ist allgemein bekannt. Ist doch vielfach eine Nervenschwäche nur auf Unterernährung zurückzuführen, und die zahlreichen Fälle, in denen nach erschöpfenden Krankheiten eine erhebliche Schwäche des Nervensystems zurückbleibt, weisen immer wieder darauf hin, daß in sehr vielen Fällen diese Neurasthenie nur Teilerscheinung einer Schwäche des ganzen Organismus ist.

Die Therapie der Nervenkrankheiten hat sich schon seit langer Zeit von der früheren mehr symptomatischen Anwendung von Nervenberuhigungsmitteln entfernt und ist zu der naturgemäßen physikalisch-diätetischen Behandlungsweise übergegangen. Kräftigung des Körpers, Anregung des Stoffwechsels durch Bewegung, Körperübungen, Aufenthalt in frischer Luft und vor allen Dingen eine geeignete, leicht verdauliche möglichst nahrhafte Kost gelten bei jedem modernen Arzt als die besten Heilmittel bei Nervenkrankheiten. Leider hat der Arzt auf diesem Gebiete in den meisten Fällen mit recht erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Der Appetit liegt oft völlig danieder, und es gelingt daher recht häufig nicht, dem Patienten die Nährstoffe zuzuführen, die zur Gesundung unbedingt erforderlich sind. Die Patienten verlernen sozusagen allmählich bis zu gewissem Grade das Essen und ernähren sich trotz aller Mahnungen und Warnungen nur ungenügend. Man hört dann immer wieder dieselben Ausreden: das Genossene genüge vollständig, sie hätten auch in gesunden Tagen nie mehr gegessen usw. Hier darf natürlich dem Willen des Patienten nicht nachgegeben werden, es muß vielmehr durch wirklich zuverlässige Personen genau kontrolliert werden, ob die aufgenommene Nahrungsmenge auch wirklich den Bedürfnissen des Körpers entspricht. Wenn dies nicht der Fall ist, muß mit aller Energie auf die enorme Wichtigkeit einer reichlichen Nahrungsaufnahme als Heilmittel hingewiesen werden. Denn durch eine Vernachlässigung in dieser Hinsicht, durch eine ungenügende Nahrungszufuhr tritt wiederum im Circulus vitiosus eine Verschlimmerung der nervösen Beschwerden ein.

Auf der Suche nach Stoffen, welche in besonderem Maße geeignet erscheinen können, das Nervensystem zu kräftigen, gelangte man zur Lezithin-Therapie, deren Wert feststehen dürfte, wenn man sich in dieser Beziehung vor den früheren Überschätzungen ihrer Wirkung hüten sollte. Nachdem bereits im Jahre 1811 von Vauquelin das Vorhandensein eines phosphorhaltigen Körpers im Gehirn festgestellt worden ist, haben eine ganze Anzahl von Autoren auf die Bedeutung des Lezithin für das Nerven-

system hingewiesen. Hammarsten sagt in seinem Lehrbuch der physiologischen Chemie: In dem Lezithin hat man zweifellos eine sehr wichtige Substanz für den Aufbau der komplizierten phosphorhaltigen Nukleinsubstanzen der Zelle und des Zellkernes zu sehen." Und Martell sagt: „Da das Lezithin innig verknüpft ist mit der Ernährung und Tätigkeit des Gehirns und Rückenmarks und andererseits bei Nerven- und Geisteskranken Phosphate im Urin in reichlichem Maße erscheinen, ja sogar nach geistigen Anstrengungen im Urin neben Phosphaten auch Phosphor auftritt, so sind wir berechtigt, aus dem Auftreten dieser Substanzen im Harn auf einen Lezithinverlust in den Nervenzentren zu schließen. Auch müssen wir erwarten, daß aus dem Lezithinverlust Ernährungsstörungen der Nervenzentren resultieren werden. Der an den nervösen Apparaten eintretende Lezithinverlust führt entweder zu vorübergehenden oder dauernden Schädigungen der Nervenzentren. Geht die geistige und physische Arbeit mit einem Verbrauch des physiologischen Phosphors einher, so haben wir in dem Lezithin ein Mittel, die Störungen in den Nervenzentren zum Ausgleich zu bringen." Unter den zahlreichen Autoren, welche diese Theorie durch ihre Erfahrungen bestätigen, möchte ich besonders Fürst erwähnen, der bei Studierenden und Gelehrten, die geistig überarbeitet oder nervös erschöpft waren, durch Lezithin-Darreichung eine funktionelle Besserung des Gehirns in bezug auf die Intensität seiner Arbeit als auch die Ausdauer feststellte.

Die Wirkung des Lezithins wird am besten unterstützt durch Nährpräparate, von denen die Industrie uns heute eine ganze Anzahl recht brauchbarer Mittel herstellt. Am meisten zu empfehlen sind bei Nervenkrankheiten — wie ohne weiteres ersichtlich ist — natürlich diejenigen Eiweißpräparate, welche Lezithin in genügender Menge enthalten, und unter diesen wiederum nimmt das altbekannte Hygiama eine hervorragende Stelle ein.

Wenn wir die von sehr zahlreichen Autoren berichtete vorzügliche Wirkung des Hygiama bei Schwächezuständen, Neurasthenie etc. einer kritischen Betrachtung unterziehen, so komme ich zu der Ansicht, daß dieselbe nicht etwa — wie dies mehrfach angenommen worden ist — lediglich als eine Lezithinwirkung aufzufassen ist. Vielmehr verdankt Hygiama seine Erfolge der außerordentlich rationellen Zusammensetzung, so daß wir also seine Wirkung als eine kombinierte auffassen müssen, welche teils dem Lezithin, teils den anderen in ihm enthaltenen Nährstoffen zuzuschreiben ist. Hygiama enthält neben seinem hohen Eiweißgehalt auch die übrigen Nahrungsbestandteile in ausreichender Menge, welche zum Aufbau und zur Erhaltung des menschlichen Organismus unbedingt notwendig sind. Besonders bemerkenswert ist die leichte Verdaulichkeit und leichte Assimilierbarkeit des Präparates, das man mit vollem Recht als ein konzentriertes Nahrungsmittel betrachten kann, welches in einem verhältnismäßig kleinen Quantum eine große Menge sowohl knochenbildender als auch besonders blutbildender Bestandteile dem Organismus zuzuführen vermag.

Durch eingehende Stoffwechselversuche haben insbesondere Winterberg, Stüve und Lebbin festgestellt, daß bei Hygiama-Anwendung selbst bei gleichzeitiger erheblicher Beschränkung der sonstigen Nahrungsaufnahme der Stickstoffumsatz im Körper in gleicher Höhe erhalten wurde. Auch Professor Klemperer hebt in von Leydens Handbuch der diätetischen Therapie (Seite 300) besonders hervor, daß Hygiama eine Gesamtnahrung darstellt, von der der Organismus ausschließlich erhalten werden kann, eine Tatsache, die ich in meiner Praxis mehrfach bestätigt gefunden habe.

Ich selbst lernte die hohe Bedeutung des Hygiama bei Nerven- und Geisteskrankheiten am besten in den Irrenanstalten kennen, in denen ich viele Jahre tätig war. Bei zahlreichen Geisteskrankheiten, bei denen die Nahrungsaufnahme stark daniederlag, gelang es mir durch Hygiama, dem ich noch einige Eier hinzusetzen ließ, die durch Entkräftung unmittelbar drohende Lebensgefahr zu beseitigen. Besonders bewährte sich Hygiama bei den Zwangsfütterungen mit der Schlundsonde, wie sie ja bei Geisteskranken recht häufig in Anwendung kommt, die durch Vergiftungsideen oder andere Wahnvorstellungen beherrscht, jegliche Nahrung verweigern. In solchen Fällen ist es dringend geboten, rechtzeitig zur Schlundsondenfütterung zu schreiten, um eine Entkräftung zu verhüten. In den meisten Fällen gelang es — trotzdem gar keine anderen Nahrungsmittel gegeben werden konnten als Hygiama mit einigen hineingerührten Eiern —, das Körpergewicht in gleicher Höhe zu erhalten oder zum mindesten eine allzu starke Abnahme desselben zu verhindern. Auch in denjenigen Fällen, in denen die Fütterung mit der Schlundsonde aus irgendwelchen Gründen nicht durchgeführt werden konnte und wir zur Rektalernährung schreiten mußten, benutzte ich mit Vorliebe Nährklistiere aus Hygiama und war mit den Erfolgen durchweg sehr zufrieden.

Gerade bei der künstlichen Ernährung mit der Schlundsonde kommt es ja vor allen Dingen darauf

an, ein möglichst konzentriertes Nährgemisch zu haben, da es selbstverständlich nicht möglich ist, größere Mengen als allerhöchstens 1 Liter Flüssigkeit auf einmal in den Magen zu pumpen, ohne daß ein Teil wieder ausgebrochen wird. Es muß also in dieser verhältnismäßig geringen Menge die erforderliche Menge von Nährstoffen enthalten sein. Dasselbe gilt natürlich auch für die Ernährung durch Nährklistiere.

Als geeignete Form der Zubereitung des für die Sondenfütterung wie die Rektalernährung in Betracht kommenden Nährgemisches empfehle ich folgende: 50 g Hygiama-Pulver wird mit etwas heißem Wasser gut angerührt, hierauf mit 500 g Milch durchgekocht und eine Messerspitze Kochsalz zugefügt. Recht zweckmäßig ist es, noch drei Eier hineinzuquirlen. Wo eine Anregung der Herztätigkeit erforderlich ist, fügt man etwas Alkohol hinzu, im Bedarfsfalle auch Arzneimittel (Schlafmittel). Handelt es sich um eine sehr lange dauernde Nahrungsverweigerung, so ist es praktisch, auch durchgeschlagene Gemüse etc. von Zeit zu Zeit dem Gemisch hinzuzufügen. Es kommt ja bei Paranoikern nicht allzu selten vor, daß Monate hindurch Sondenfütterung eintreten muß, weil die Kranken, völlig unter dem Einflusse ihrer Vergiftungsideen stehend, jegliche Nahrungsaufnahme energisch ablehnen.

Mit Hilfe der Hygiama-Fütterungen gelang es mir fast stets, die Kranken über die gefährliche Zeit der Nahrungsverweigerung hinüberzubringen, die ihnen sonst sicher lebensgefährlich geworden wäre. In den leichteren Fällen, in denen die Patienten die Nahrung annahmen und ich daher Hygiama als Getränk geben konnte, wurde der Zweck, die Körperkräfte zu heben, natürlich noch viel besser erreicht. Und da bekanntlich mit einer Erhöhung des Körpergewichtes bei den meisten Geisteskrankheiten auch eine Besserung des psychischen Befindens parallel einherzugehen pflegt, beobachtete ich recht häufig gleichzeitig mit der Besserung des körperlichen Schwächezustandes auch ein Zurücktreten der krankhaften seelischen Symptome.

Von besonderem Wert waren mir die Hygiama-Fütterungen bei den Fällen von akuter Manie, sowie bei der Melancholia simplex. Diese Formen der Geisteskrankheiten, welche man ja mit einem gewissen Rechte als heilbar bezeichnen kann, erfordern eine ganz besondere Aufmerksamkeit des Arztes, wenn eine Verschlechterung des körperlichen Kräftezustandes vermieden werden soll. Besonders bei der Manie kommt es ja vor allen Dingen darauf an, den kolossalen Kräfteverbrauch des Tobenden durch kräftige Überernährung auszugleichen, damit keine gefahrdrohenden Zustände eintreten. Auch in diesen Fällen leistete Hygiama Vortreffliches, und zwar sowohl bei den Patienten, welche noch freiwillig Nahrung annahmen, wie auch bei denjenigen, welche zwangsweise gefüttert werden mußten.

Bei Tabes und Paralyse, diesen vorläufig noch als unheilbar geltenden metasyphilitischen Erkrankungen, wird von allen Ärzten besonderer Wert auf möglichst reichhaltige Ernährung gelegt, um die Körperkräfte möglichst aufrecht zu erhalten und den Kranken solange es irgend geht einen erträglichen Zustand zu verschaffen. Hygiama, das durchweg gern genommen wurde, leistete auch in diesen Fällen alles, was man billigerweise von einem Nährpräparat in derartigen aussichtslosen Fällen erwarten kann.

Es würde natürlich zu weit führen, wenn ich hier die große Anzahl von Geisteskranken, bei denen ich mit Hilfe von Hygiama ein Nachlassen des Kräftezustandes verhindern bezw. eine allgemeine Kräftigung erzielen konnte, aufführen wollte. In meiner mehrjährigen Tätigkeit an verschiedenen öffentlichen und privaten Irrenanstalten dürfte die Zahl derselben weit über 100 betragen.

Durch diese Erfahrungen ermutigt, habe ich auch später bei allen schwächlichen und heruntergekommenen Patienten, und zwar sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern Hygiama verordnet, das sich ja vor anderen Nährpräparaten durch seinen billigen Preis auszeichnet und daher auch in der Praxis pauperum in ausgiebigster Weise angewandt werden kann. Bekanntlich ist ja in denjenigen Fällen von Neurasthenie, die mit körperlichen Schwächezuständen, Blutarmut, Bleichsucht einhergehen, die Mastkur als beste Therapie anzusehen. Eine solche wird meiner Ansicht nach am besten durchgeführt, wenn man einer im übrigen reichhaltigen Kost noch Hygiama zufügt.

Von den zahlreichen von mir beobachteten Fällen möchte ich hier nur einige wenige kurz erwähnen:

1. Frl. M. G., 42 Jahre alt, Paranoia chronica, stand dauernd unter dem Einfluß ihrer Verfolgungsideen. Sie glaubte von russischen Geheimbündlern bedroht zu sein, die sie zu vergiften trachteten. Sie verweigerte daher manchmal mehrere Wochen lang jedwede Nahrungsaufnahme. Es gelang während dieser Zeiten mittels Sondenfütterung mit dem Hygiama-Nährgemisch ihren Kräftezustand in gleicher Höhe zu erhalten.

2. Frau L., 32 Jahre alt, Paranoia chronica, vollständig von krankhaften Ideen beherrscht, über die sie jedoch nicht das geringste äußert, mußte monatelang mit Hygiama-Nährgemisch mittels Sonde gefüttert werden. Trotzdem blieb das Gewicht wenigstens ungefähr das gleiche, sank jedenfalls nicht mehr als

4 bis 5 Pfund unter das Gewicht, das sie in denjenigen Zeiten hatte, in denen sie selbst aß.

3. Otto K., akute Manie, 27 Jahre alt, mußte etwa zwei Monate lang außerordentlich häufig isoliert werden, da er tobte, mit Kot schmierte usw. Er verweigerte feste Nahrung, nahm jedoch das Hygiama-Nährgemisch willig an, nachdem ihm dasselbe mehrmals zwangsweise eingefüllt worden war. Sein Körperzustand blieb ziemlich günstig. Er wurde nach viermonatigem Anstaltsaufenthalt als geheilt entlassen.

4. Herr B., Paralytiker mit expansiven Größenideen, der in körperlich sehr heruntergekommenem Ernährungszustande eingeliefert worden war, konnte mit Hilfe des Hygiamagemisches gut aufgefüttert werden, so daß er etwa 16 Pfund zunahm und sich lange Zeit wohl fühlte. Nach vierjährigem Anstaltsaufenthalt trat der Tod ein.

5. Einen ganz besonders eklatanten Fall von der Erhaltung eines guten Ernährungszustandes durch Hygiama beobachtete ich bei einem etwa 37 jährigen Oberleutnant a. D., der an Katatonie litt und starr und stumm dasaß und keinerlei Nahrung zu sich nahm. Er wurde ein volles Jahr hindurch jeden Tag dreimal mit Hygiama-Nährgemisch durch die Schlundsonde genährt, wobei ich dem Gemisch nach Möglichkeit auch frische Gemüse, durchs Sieb durchgeschlagen, zusetzen ließ. Im Laufe des Jahres hatte der Kranke nicht weniger als 25 Pfund an Gewicht zugenommen, ein Erfolg der künstlichen Ernährung, wie er wohl selten vorkommen dürfte.

Unter den von mir ambulant behandelten nervösen Schwächezuständen hebe ich folgende Fälle hervor:

6. Elly B., Verkäuferin, 19 Jahre alt, ziemlich blutarm, sehr nervös, leicht erregbar. Körpergewicht 52 kg bei einer Größe von 1,61. Eisenpräparate und andere Kräftigungsmittel hatten nur sehr geringen Erfolg gebracht. Nahrungsaufnahme war wegen völliger Appetitlosigkeit minimal. Hygiama wurde nach anfänglichem Widerstreben ganz gerne genommen. Das Aussehen, sowie die nervöse Reizbarkeit besserte sich bald, das Gewicht war nach drei Wochen auf 55 kg, nach acht Wochen auf 60 kg gestiegen. Allgemeinbefinden hatte sich erheblich gebessert.

7. Max R., Handlungsgehilfe, 21 Jahre alt, von jeher blutarm und mager; zeitweise Stiche in der Lunge sowie in der Herzgegend, hochgradige allgemeine Mattigkeit. An den inneren Organen keine organischen Fehler. Hygiama wurde gern genommen und das Körpergewicht des mageren, blassen jungen Menschen stieg in vier Wochen von 61,5 kg auf 65 kg und nach acht Wochen auf 68,5 kg.

Auch in zahlreichen anderen Fällen, deren Aufzählung zu häufigen Wiederholungen Veranlassung geben würde, hatte ich durchweg günstige Resultate. Ich bemerke noch, daß ich in denjenigen Fällen, in denen die Patienten die Darreichung von Hygiama in Milch weniger angenehm empfanden, das Hygiama auch als Zusatz zu Hafermehl oder zur Bereitung einer Hygiama-Suppe empfohlen habe. Von manchen Kranken wurde die Form der Hygiama-Tabletten bevorzugt. Auf Grund meiner Erfahrungen komme ich zu folgenden Schlüssen: Hygiama leistet Vortreffliches, wo es gilt, drohende Schwächezustände zu verhüten. Es ist ein wertvolles Roborans in der Rekonvaleszenz und bei Neurasthenie. Seine Verwendung ist besonders da von Nutzen, wo bei eintretenden Schwierigkeiten in der gewöhnlichen Ernährung dem Körper die unbedingt notwendigen Nährstoffe in möglichst konzentrierter Form zugeführt werden müssen, eignet sich daher besonders für die Sondenfütterung Geisteskranker und in denjenigen Fällen von Hysterie und Neurasthenie, in denen die Ernährung daniederliegt.

Mitteilungen.

— **Zu Ehren des Geh. Med.-Rats Dr. Sander,** des Direktors der städtischen Irrenanstalt Dalldorf bei Berlin, der das Jubiläum seiner 50jährigen Tätigkeit als Irrenarzt beging, fand am 1. Mai eine interne Feier statt. Im Konferenzsaal der Anstalt versammelten sich um 10 Uhr die Ärzte und die Angestellten, um dem Jubilar ihre Glückwünsche darzubringen. Der älteste Oberarzt, Sanitätsrat Dr. Kortum, hielt eine Ansprache, wobei er die Sympathie der Ärzteschaft für ihren Chef und die dankbare Anerkennung für seine Tätigkeit zum Ausdruck brachte. Der Magistrat hatte in einem längeren Schreiben Geh. Rat Sander die Glückwünsche der Stadt übermittelt. Ein Gesangschor von Pflegepersonen brachte dem Jubilar ein Ständchen. Von zahlreichen Privat- und städtischen Anstalten liefen Glückwunschtelegramme und Blumenspenden ein. Wir schließen uns mit den besten Glückwünschen an! Red.

— **Neubau der Psychiatrischen Universitätsklinik in Königsberg i. Pr.** Als Platz für den Bau dieser eine ganze Anzahl von Gebäuden umfassenden Anstalt ist ein an der alten Pillauer Landstraße — hinter der Luisenkirche und dem Park Luisenwahl auf der Amalienauer Feldmark — gelegenes Terrain ausersehen worden, auf dem, nachdem die anfänglich seitens der Militärbehörden geltend gemachten Bedenken und Einsprüche ihre Erledigung gefunden haben, jetzt mit den ersten Vorarbeiten der Anfang gemacht worden ist. Zunächst wird auf dem hügeligen Terrain ein genügend weites Planum für die Errichtung des Hauptgebäudes geschaffen werden. Mit den eigentlichen Bauarbeiten ist bereits begonnen worden.

— **Prämien auf Alkoholabstinenz.** Die Direktion der Röchling'schen Eisen- und Stahlwerke hat beschlossen, Prämien auf Alkoholabstinenz zu erteilen. Jeder Arbeiter, der ein Jahr Mitglied des

Guttemplerordens ist, erhält 40 M. jährlich und für jedes weitere Jahr der Mitgliedschaft 20 M. mehr.

Referate.

— Pawlow, Prof. Dr. J. P., Naturwissenschaft und Gehirn. Vortrag, gehalten in der Allg. Vers. des XII. Kongr. russischer Naturforscher und Ärzte in Moskau am 20. Jan. 1910. Autoris. Übersetz. von Dr. Volborth. Wiesbaden, Verlag von Bergmann, 1910. 19 S.

Der bekannte russische Forscher bezeichnet unter Hinweis auf die Hoffnungslosigkeit einer psychologischen Erforschung des Gehirns als den für jede Naturwissenschaft allein richtigen Weg den der objektiven Registrierung der Beziehungen des Gehirns zur Außenwelt, wie er ihn seit zehn Jahren mit Erfolg beschritten hat. Die Tätigkeit der höchsten Teile des zentralen Nervensystems stellen sich nach ihm dar: 1. als Mechanismus einer zeitweiligen Vereinigung der Leitungsbahnen zwischen Außenwelt und Gehirn, der sogen. „bedingten Reflexe", die sich in einem Balanzieren zwischen Erregung, Hemmung und Enthemmung kundgibt, und 2. als Mechanismus der Analysatoren, d. h. der Sinnesorgane, durch welche der Organismus die Außenwelt in Einzelheiten zerlegt. Ihre objektive Registrierung ist möglich, erfordert aber zur Ausschaltung störender Reize einen besonderen Typus von Laboratorien, wie er jetzt in Petersburg geplant ist. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Kudowa.** Der bekannte Psychiater und Neurologe Dr. Hans Kurella hat sich in Kudowa als Badearzt niedergelassen.

— **Münster i. W.** An Stelle des mit dem 1. April in den Ruhestand getretenen Geheimen Med.-Rat Dr. Gerlach ist der Direktor der Prov.-Pflegeanstalt zu Eickelborn Dr. Kleffner, in gleicher Eigenschaft nach hier versetzt worden.

Pharmazeutisches.

Neue Lecithin-Präparate. Mit der zunehmenden therapeutischen Verwendung des Lecithins hat sich eine vermehrte Nachfrage nach Präparaten eingestellt, die bei durchaus zuverlässigem, hinreichendem Gehalte an reinem Lecithin eine bequeme und leichte Darreichung ermöglichen. Auf Anregung von ärztlicher Seite bringt die chemische Fabrik E. Merck, Darmstadt deshalb ihr durch hohen Reinheitsgrad ausgezeichnetes Lecithin (Ovo-Lecithin Merck) nunmehr auch in folgenden Formen in Verkehr. Für innerlichen Gebrauch: Lecithin-Schokolade (Lecithin granulat.) 10% reines Lecithin enthaltend, in Originalgläsern zu 100 g; eine angenehm aromatisch schmeckende Verreibung von Lecithin mit Kakao und Zucker, hauptsächlich für längere Anwendung, sowie für den Gebrauch in Krankenanstalten geeignet. 1 Teelöffel voll entspricht ca. 0,25 g Lecithin. Lecithin-Schokolade-Tabletten je 0,25 g Lecithin enthaltend, in Originalschachteln zu 25 Stück. Lecithin-Schokolade-Tabletten mit Marzipan-Füllung, Lecithingehalt und Packung wie vorher. Lecithin-Bonbons mit gleichem Lecithingehalt und in gleicher Packung wie die Tabletten.

Lecithin-Tabletten und Lecithin-Bonbons sind wegen ihres besonderen Wohlgeschmackes zur Anwendung in der Frauen- und Kinderpraxis geeignet, wie überhaupt überall, wo es erwünscht ist, den Geschmack des Lecithins so vollständig als möglich zu verdecken. Bei sehr empfindlichen Personen bieten die verschiedenen Präparate außerdem den Vorteil, mit der Anwendungsform wechseln zu können. Für subkutane Injektion: Lecithin-Emulsion in physiologischer Kochsalzlösung mit 10% Lecithingehalt, steril in zugeschmolzenen Ampullen zu 2 und 5 ccm. — Die nach besonderer Methode hergestellte und sterilisierte Emulsion enthält das Lecithin in sehr feiner, gleichmäßiger Verteilung und zeichnet sich durch Haltbarkeit aus.

Das bedeutsamste Anwendungsgebiet des Lecithins als des wichtigsten phosphorhaltigen Bestandteiles der Gehirn- und Nervensubstanz, bilden Erkrankungen des Nervensystems. Da es nach den Untersuchungen von Gautier die Quelle der vermehrten Phosphorausscheidung bei der Nerventätigkeit ist und da der hieraus resultierende Lecithinverlust zur vorübergehenden oder dauernden Schädigung der Nervenzentren führt, da ferner die geistige und physische Arbeit mit einem Verbrauche des Lecithins einhergeht, so haben wir, wie Martell[1]) angibt, in der Darreichung von Lecithin ein Mittel, um die Störungen in den Nervenzentren auszugleichen. Zahlreiche Erfahrungen in der Praxis haben die Richtigkeit dieser theoretischen Voraussetzungen bestätigt. Gilbert und Fournier[2]) beobachteten bei Neurasthenie und den verschiedensten Nervenkrankheiten Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens, sowie Wiederkehr der Kräfte. Die gleichen Resultate hatten zahlreiche andere Autoren. Bei Erschöpfungszuständen infolge geistiger Überarbeitung stellt sich nach Lecithinanwendung sehr bald deutliche Besserung der geistigen und körperlichen Kräfte ein. Ferreira[3]) kombinierte bei mit Herzleiden einhergehenden neurasthenischen Zuständen die Lecithinbehandlung mit Kampferinjektionen. Von anderen Seiten wurden bei Blutarmut, Abmagerung, Daniederliegen der körperlichen und geistigen Kräfte durch gleichzeitige Anwendung von Lecithin und Eisen sehr gute Resultate erzielt. Levy[4]) bestätigte den Nutzen des Lecithins in der Therapie der sekundären Anämie. Sehr warme Empfehlung hat das Lecithin wiederholt erfahren bei Schwächezuständen nach akuten Infektionskrankheiten, bei schwächlichen Kindern, bei Athrepsie, Rachitis, Skrofulose, Anämie und Chlorose, bei Krankheitsformen, bei denen die Phosphorausscheidung im Harn erhöht ist, also bei Diabetes, Phosphaturie, zerebralen und Rückenmarksleiden, Osteomalacie, sowie bei den verschiedensten Beschwerden des Greisenalters.

Hartenberg[5]) gelang es, durch Lecithininjektionen Fälle von Hysterie, Psychosen, Paralyse und Tabes wesentlich zu bessern. Bei Tabes und Taboparalyse fand übrigens Peritz[6]) eine anormal hohe Lecithinausscheidung durch den Kot. Diese Erkrankungen gehen also mit einer Verarmung des Organismus an Lecithin einher und Peritz ist der Ansicht, daß hierin die Ursache der Krankheiten liegt.

Wo das Lecithin als rein therapeutisches Mittel dienen soll, empfiehlt es sich, nur solche Präparate zu benutzen, für deren Gehalt an reinem Lecithin hinreichende Sicherheit besteht.

Das Lecithin Merck entspricht in chemischer Beziehung weitgehendsten Anforderungen. Es ist absolut klar löslich in Äther, Alkohol und Chloroform. Die eingangs aufgeführten, mit diesem Lecithin hergestellten Präparate sind daher auch in therapeutischer Hinsicht durchaus zuverlässig und stehen unter ständiger wissenschaftlicher Kontrolle. Ihre Wirksamkeit ist bereits an mehreren Stellen geprüft und vor kurzem auch in einer Besprechung in der medizinischen Gesellschaft in Düsseldorf (28. November 10) durch Dr. med. et phil. Nerking bestätigt worden.

Man gibt Lecithin sowohl innerlich wie in subkutanen

[1]) Allg. med. Centr.-Zeitg. 04, Nr. 24.
[2]) Nouveaux remèdes 01, Nr. 8.
[3]) Presse médicale 06, Nr. 77.
[4]) Berl. klin. Woch. 05, Nr. 39.
[5]) Rev. thérap. med.-chir. 01, Nr. 08.
[6]) Berl. klin. Woch. 08, Nr. 2.

oder intramuskulären Injektionen. Die internen Dosen betragen je nach dem Alter 0,75—1 g pro Tag und dementsprechend 3—4 Teelöffel voll der 10 prozentigen Lecithinverreibung oder 3—4 Stück der Lecithin-Schokolade-Tabletten bezw. Bonbons, Kinder erhalten 2 mal täglich 1 Teelöffel voll Lecithingranulat oder 2 Tabletten bezw. Bonbons.

Für die Injektionen, die sich speziell in Fällen mit sehr daniederliegendem Kräftezustand und geschwächter Verdauung, ferner bei Geisteskrankheiten empfehlen, kommen Dosen von 0,2 g Lecithin bei Kindern, 0,5 g bei Erwachsenen in Frage. Man injiziert also 2—5 ccm der 10 prozentigen Lecithin-Emulsion in physiologischer Kochsalzlösung.

Anstaltstechnisches.

Hygienische Speichereinrichtung. Licht, Luft und peinliche Sauberkeit sind die Hauptforderungen der modernen Hygiene; überall sucht man ihnen möglichst gerecht zu werden. Nur bei der Anlage und Einrichtung der verfügbaren Lagerräume vermißt man sie in den meisten Fällen. Eine enge Kammer, ein dumpfer feuchter Keller, und in Notfällen auch ein dunkler Holzschuppen, dienen im allgemeinen zur Aufbewahrung von Fässern, Säcken und dergleichen. Kein Wunder, daß sich ihr Inhalt nach kurzer Zeit in einem Zustand befindet, den man beim besten Willen nicht mehr als hygienisch bezeichnen kann. Feuchtigkeit, Lichtabschluß, schlechte Ventilation, Staub, Schmutz usw. sind die Feinde, die die Vorräte ganz oder zum Teil vernichten und somit den Betrieb in ungeahnter Weise verteuern. Aber es genügt nicht allein, große, trockne, helle und lüftbare Räume herzustellen; vor allem muß auch der Inneneinrichtung die nötige Aufmerksamkeit und Sorgfalt gewidmet werden. Vorräte wie gebrannter Kaffe, Tee, Gries, Graupen, Gerste, Hafergrütze usw. werden gewöhnlich in runden Fässern oder wenig widerstandsfähigen Säcken aufbewahrt. Dadurch wird aber entschieden verhältnismäßig viel Raum verschwendet und es werden Winkel geschaffen zum Unterschlupf von Ungeziefer aller Art und zur Ablagerung und Anhäufung von Staub und Schmutz. Deshalb tut man gut, sich künftig nicht mehr runder Behälter zur Aufbewahrung von Nahrungsmitteln in größeren Mengen zu bedienen, sondern viereckiger Behälter mit dicht schließendem Deckel, die man bequem neben- und aufeinanderstellen und die durch Aufschriften gekennzeichnet, leicht übersehen werden können. Diese vierkantigen Vorratsbehälter, hergestellt aus besten Siegener Feinblechen, mit trichterförmigem, gewölbtem, schrägliegendem Boden, unten angebrachtem Auslaufrohr, sicherem Verschluß und Luftzirkulation im Innern des Behälters, haben außerdem den großen Vorteil, daß ihre Entleerung nicht von oben erfolgt, sondern durch das Auslaufrohr am Boden. Es wird damit erreicht, daß die zu unterst liegende Ware zuerst verbraucht wird, wodurch außerdem stets der gesamte Inhalt des Behälters in Bewegung gesetzt und die Ware stets in frischer Qualität entnommen wird. Ebenso einfach wie schnell werden die geleerten Kasten von oben wieder gefüllt. Die Einrichtung des Lagerraumes mit den vierkantigen, eisernen Vorratsbehältern gewährt also folgende wichtige Vorteile: Größtmögliche Sauberkeit, sicheren Schutz gegen Verderben durch Feuchtigkeit und schlechte Luft, absolute Unmöglichkeit, daß die Waren beschmutzt werden, daß sich Ungeziefer einnisten und die Vorräte beschädigen kann. Interessenten mögen sich an die Firma A. Kind in Weidenau a. d. Sieg (Westfalen) wenden, der die geschilderten Behälter patentamtlich geschützt worden sind.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke
Naunhof-Erdmannshain bei Leipzig.

Zwei getrennte Villen. Großer alter Park, unmittelbar an Wald grenzend.
Enger Familienanschluß. Pension 200—300 Mark. **Dr. Lustig.**

Sanatorium Birkenhof 360 m ü. M.

auf Dominium Baumgarten bei Greiffenberg i. Schlesien.

Telephon Amt Greiffenberg Nr. 21.

— Moderne Nervenheilanstalt mit Beschäftigung als Heilfaktor. —

Eigene Gärtnerei (26 Morgen), Landgut (550 Morgen) Werkstätten.

Spezialabteilung für Alkoholkranke	**Landwirtschaftl. Gärtner-Unterrichtsanstalt**	**Geschlossene Abteilung für Gemütskranke**
Verbindung mit Guttemplerloge, Reformrestaurant.	für Neuropathen und Psychopathen.	für leichte und Übergangsformen, für Genesende.

— Näheres durch Prospekte. —

Geh. San.-Rat **Dr. Gericke,** Berlin W. 30. Telephon VI 11827

Direktor **Dr. Sprengel,** Spezialarzt f Nerven- u. Gemütskranke.

Bad Kissingen.

Sanatorium Dr. Rheinboldt.

Spezialbehandlung des Grenzgebietes der inneren und Nervenkrankheiten. — Diät, Hydrotherapie, Elektrotherapie und Massage, Psychotherapie.

April bis November. Prospekte.

Godeshöhe

Anstalt für Nerven- und Gemütsleidende.

Kurhaus für Nervöse. Entwöhnungskuren.

Aerztliche Leitung: Dr. **Bernard.**
Kaufm. Leitung: Dir. **Vetters.**
Prospekte. **Telephon 31.**

Godesberg a. Rh.

Sanatorium Bühlau

b. Weisser Hirsch.

Physikal. diätet. Kuren. Chefarzt Dr. von Hahn

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte durch die Direktion.

Dr. Würzburgers Kuranstalten in Bayreuth.

1. Kurhaus Mainschloß für Nervenkranke, innere Kranke und Erholungsbedürftige.
2. Sanatorium Herzoghöhe für Gemütskranke. Telefon 70. Prospekte auf Wunsch.

Hofrat Dr. Alb. Würzburger. Dr. Bernh. Beyer.

Stellengesuche.

An der **Provinzial-Idiotenanstalt** (Johannes-Stift) für Kranke katholischer Konfession, der Provinz Westfalen zu **Niedermarsberg — Station Marsberg** der Hagen-Casseler Bahn — ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt neben freier Station I. Klasse jährlich 1800 M. Gehaltssteigerungen jährlich zweimal um je 200 M. Die Anstellung erfolgt ohne Ruhegehaltsberechtigung und gegen eine beiderseits zustehende Kündigungsmöglichkeit von 3 Monaten.

Die Verwaltung.
Dr. Herwig.

An der **Staats-Irrenanstalt zu Lübeck** ist die Stelle des

II. Assistenzarztes

zum 1. Juni ds. Js. zu besetzen. Das Gehalt beträgt M. 2000,— steigend mit jährlichen Zulagen von M. 200,— bis zum Höchstgehalt von M. 3000,— für das Jahr und freier Station.

Bewerbungen nebst Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Lübeck, im April 1911.

In der Brandenburgischen Landes-irrenanstalt zu **Teupitz** (Kreis Teltow) ist zum 1. Juli d. Js. die Stelle der

I. Oberwärterin

(Oberin) zu besetzen. Pensionsfähiges Gehalt 1500 bis 2100 M. und 200 M. pensionsfähige Funktionszulage. Meldungen mit Lebenslauf und Photographie nimmt entgegen der Direktor der Anstalt.

Assistenz-Arzt

gesucht in Sanatorium für Nerven- und Geisteskranke der deutschen Schweiz. Anfangsgehalt je nach bisheriger Tätigkeit Frs. 2500—3000 bei freier Station. Eintritt 20 Mai. Offerten und Referenzen unter **B. K. 1939** an die Exped. des Blattes.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 7. 13. Mai **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 59.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie X. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner, in Greifswald. (Fortsetzung.) (S. 63.) — Mitteilungen (S 66.) Departemental-Irrenanstalt in Düsseldorf. Neue Kreisirrenanstalt inSchwaben. Nachtrag zu Ermittelungen der Gehälter von Anstaltsärzten. — Referate. (S 66.) — Personalnachrichten. (S. 67.)

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler.*

(Fortsetzung.)

Nagelschmidt[16]) empfiehlt bei Tabikern nicht eine einmalige große Dosis von 606 zu geben, sondern wiederholte schwache Injektionen bis zur Gesamtdosis von 1,5 oder 2 g. Es wurden dabei ausgezeichnete Besserungen beobachtet; diese wiederholten kleinen Dosen wurden gut vertragen.

Juliusberg[17]) sah in einem allerdings hoffnungslosen Falle von syphilitischer Apoplexie — der Pat. war schon mehrere Tage besinnungslos gewesen — von der Injektion von 0,5 keine Besserung. Sechs Tage später erfolgte der Tod (Befund: Verschluß beider Arteriä fossä Sylvii durch Gerinnsel, keine Erscheinungen von Arsenvergiftung).

Über die Frage, ob das Präparat 606 als Nervengift wirken kann, äußerte sich Ehrlich[18]) wie folgt: Unter den etwa 25000 bis 30000 mit dem Präparat Behandelten existiert nur ein einziger Fall, wo ein vorher gesundes Auge nach der Injektion Anzeichen von beginnender Sehnervenatrophie aufwies. Dieser Patient hatte aber vor der Behandlung mit 606 eine Kur mit Arsazetin und im Anschluß daran vier Enesolkuren durchgemacht; Enesol ist eine Verbindung von Quecksilber mit methylarsensaurem Natrium. Diese intensiven Arsenkuren haben wahrscheinlich eine Überempfindlichkeit des Auges hervorgerufen. Die von verschiedenen Seiten insbesondere von Urbantschitsch bei Behandlung mit 606 beobachteten plötzlich auftretenden, vorübergehenden Störungen des Nervus vestibularis sind nichts anderes als eine Form der Herxheimerschen Reaktion, die hier an einem latent syphilitisch erkrankten Nervenstamm auftritt, nicht aber ein durch das Präparat bewirktes Vergiftungssymptom; durch seine in einen Knochenkanal eingeschlossene Lage ist dieser Nerv besonders zu dieser Reaktion disponiert. In drei von O. Beck (Med. Klinik, Nr. 50, 1910) mitgeteilten Beobachtungen fiel die Vestibularerkrankung mit der Herxheimerschen Reaktion zeitlich zusammen. Andere Erkrankungen von Hirnnerven, besonders des Akustikus und Fazialis, seltener des Sehnervs, sind ebenfalls nicht Arsenvergiftungen, sondern syphilitische Erkrankungen; es handelt sich fast ausschließlich um Fälle der ersten Periode der Frühsyphilis, etwa vom zweiten bis achten Monat, in welcher bekanntlich der ganze Organismus von Spirochätenherden durchsetzt ist. Auch sind diese Erkrankungen nur vorgekommen bei Patienten, die ein einziges Mal, meist mit kleiner Dosis und fast ausschließlich nach der am wenigsten sicheren Emulsionsmethode, behandelt worden waren. Man wird also in solchen Fällen eine zweite Injektion vornehmen müssen und dieselbe sogar nach drei bis vier Wochen nochmals wiederholen, eventuell die Behandlung durch interkurrierende Quecksilberkur verschärfen müssen. Bei dem größten Teil dieser Fälle war die Wassermannsche Reaktion negativ, in einigen Fällen sonstige syphilitische Erkrankungen nicht mehr nachweisbar. In einigen solchen Fällen wurde durch wiederholte In-

[16]) a. a. O., p. 1923.
[17]) a. a. O., p. 1923.
[18]) Nervenstörungen und Salvarsanbehandlung. Berl. klin. Wochenschrift, 1910, pag 6234.

jektion von 606, in anderen durch Quecksilber Heilung erzielt, ein Beweis, daß es sich nicht um Arsenvergiftung gehandelt hat. Dies wird übrigens auch dadurch bewiesen, daß auch bei Quecksilberbehandlung genau dieselben Erscheinungen beobachtet wurden (Urbantschitsch). Diese syphilitischen Hirnnervenerkrankungen verdanken ihre Entstehung, abgesehen von den Spirochäten, ihrem anatomischen Sitz (Eingeschlossensein in enge Knochenkanäle); es handelt sich auch nicht um konstitutionelle Rezidive, sondern um letzte Überbleibsel aus der vorhergegangenen Sterilisation. Wegen des dabei bestehenden geringen Spirochätengehaltes tritt dabei keine Wassermannsche Reaktion auf.

Besonders beachtenswert sind die Mitteilungen Oppenheims[19]).

I. Bei zehn behandelten Fällen von Syphilis des Gehirns hat sich in einem (basale gummöse Meningitis) unter zweimaliger Dosis von 0,3 eine erfreuliche fortschreitende Besserung eingestellt; ebenso gingen in einem zweiten die schweren meningealen Reizerscheinungen und pontinen Symptome innerhalb weniger Wochen völlig zurück. Bei zwei anderen ließ sich wegen der Kürze der Beobachtung noch kein Urteil abgeben, wenn auch die Besserung schon begonnen hatte. In dem fünften Falle blieb die Wirkung aus, es hat sich wahrscheinlich nicht um eine syphilitische Erkrankung gehandelt. Im sechsten (im wesentlichen Neuritis optica, schon von Wechselmann publiziert) trat rasch Besserung ein. In drei Fällen (zwei mit schon sehr vorgeschrittenen psychischen, hemiplegischen und Pupillensymptomen, einer mit Endarteriitis syphilitika) versagte das Mittel. In dem zehnten Falle, ähnlich den eben aufgezählten zwei unbeeinflußten, mit Sprachstörung, erfolgte Nachlassen der subjektiven und objektiven Beschwerden. Ein im April 1910 mit frischer Syphilis erkrankter, am 30. Juni 1910 von Wechselmann mit 606 behandelter Patient, erkrankte schon Mitte August 1910 unter den Symptomen einer Meningitis basilaris gummosa. Durch Jodbehandlung soll dann eine fortschreitende Besserung erzielt worden sein.

II. Acht Fälle von Syphilis spinalis resp. zerebrospinalis. In zwei Fällen einer seit langem abgelaufenen syphilitischen Spinalparalyse versagte das Mittel; in einem dritten, ebenfalls schweren, aber noch nicht so weit vorgeschrittenen Fall, in dem Quecksilber und Jod nicht mehr wirkten, bildeten sich wenigstens die sehr schweren Muskelkrampi zum Teil zurück, sonst blieb der Befund unverändert. Eine Meningitis spinalis syphilitika mit radikulären Symptomen besserte sich langsam im Anschluß an die Injektion. Ein anderer schwerer Fall mit den Symptomen einer Querschnittsmyelitis, der sich unter Quecksilberbehandlung bis zu einem gewissen Grade gebessert hatte, besserte sich auch unter 606 wieder, jedoch nicht bis zur Heilung. Eine chronische syphilitische Poliomyelitis blieb unbeeinflußt, eine zweite wurde etwas gebessert. Ein Fall mit kombinierter Hinter- und Seitenstrangdegeneration erfuhr merkliche Besserung des Ganges.

III. Zwölf Tabesfälle. In zwei im Beginn des Leidens stehenden Fällen blieben die Symptome: lanzinierende Schmerzen, Pupillenstarre, Sensibilitätsstörungen etc. unbeeinflußt. Bei einer gutartigen Tabes kehrte die Pupillarlichtreaktion wieder, soll aber nach etwa sechs Wochen schon wieder im Schwinden begriffen gewesen sein. In einem Fall, der suggestiv günstig beeinflußt wurde, blieben die objektiven Symptome unverändert. Drei Fälle vorgeschrittener Tabes blieben ebenfalls unbeeinflußt; in einem weiteren schweren Fall mit hartnäckigem Malperforant bildete sich dieses im unmittelbaren Anschluß an die Behandlung zurück; sonst blieb alles unverändert; die Schmerzen steigerten sich sogar. In einem anderen schweren Falle mit starker Unterernährung nahm Patient unter Mastkur, Fellows Sirup und 0,45 des Ehrlichschen Mittels in kurzer Zeit 20 Pfund zu, verlor Schmerzen, Blasenschwäche und Verstopfung und die krisenartigen Zustände schienen zurückzugehen. Pat. war „in dem Zeitraum von vier Wochen wie umgewandelt". Der objektive Befund blieb im übrigen derselbe. Bei zwei Tabikern traten nach der Injektion „geradezu tolle Schmerzen" auf, die auf keine Weise zu lindern waren und in dem einen Falle vier Wochen, im anderen zehn Tage dauerten. Ein Fall hatte Schüttelfrost und schnell vorübergehendes Fieber von 40°; das Allgemeinbefinden war verschlechtert. In einem Falle von vorgeschrittener Tabes mit Optikusatrophie steigerten sich gleich in den nächsten Tagen nach 0,3 Ehrlich-Hata die lanzinierenden Schmerzen und die Blasenstörung lebhaft und die Ataxie nahm gewaltig zu, so daß der Pat., „der vorher noch am Stock gehen konnte, nunmehr weder zu gehen noch zu stehen imstande ist".

IV. Progressive Paralyse. Zwei Fälle, die sich in einem relativ frühen Stadium der Erkrankung befanden, und vier vorgeschrittene Fälle blieben unbeeinflußt. In einem weiteren Fall soll auf die Injektion ein schwerer paralytischer Anfall gefolgt, sonst

[19]) Meine Erfahrungen mit Ehrlich-Hata-Behandlung bei syphilogenen Nervenkrankheiten. Deutsche mediz. Wochenschrift, 8. Dezember 1910, p. 2284.

aber keine merkliche Veränderung eingetreten sein. Bei einer mit Quecksilber erfolglos behandelten Paralyse mit schweren Krampfanfällen traten die Anfälle nach 606 für einige Monate zurück und schien die Demenz zunächst nicht weiter vorzuschreiten. Bei einem seit $1^1/_2$ Jahren entmündigten Paralytiker mit seit mehreren Jahren bestehender Demenz mit Größenideen und Pupillenstarre folgte nach 0,45 innerhalb weniger Tage eine so erstaunliche Besserung, daß der Kranke seine früheren Größenideen korrigierte „und den Eindruck eines geistig Normalen machte". Die Pupillen blieben unbeeinflußt. Nach einem späteren Bericht soll das Befinden schon nicht mehr günstig sein. In zwei Fällen von unklarer Psychose auf syphilitischer Basis soll die Injektion einen sehr günstigen Einfluß gehabt haben.

Den Mitteilungen von Michaelis (Berlin)[20]) entnehme ich folgendes: Bei gummöser Hirnlues (Kopfschmerzen, Lähmungen der Hirnnerven, Erbrechen, Stauungspapille, psychische Störungen) tritt die Wirkung des Arsenobenzols überraschend prompt ein und führt in der Regel zu einer sehr schnellen Beseitigung der schweren Symptome. „Patienten, die an schwerem, spastischen Gang, an täglichem Erbrechen, an dauernden Kopfschmerzen litten, zeigten durchweg etwa vom zweiten Tage nach der Injektion an stetigen Rückgang aller Symptome." Michaelis hat selbst sechs Fälle mit voll entwickelter Stauungspapille injiziert. Abgesehen von einem Falle, den er aus den Augen verlor, ging die Stauungspapille in allen anderen zurück; innerhalb eines Monats begannen die Ränder der Pupille wieder scharf zu werden. Unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht vor; gleichwohl rät Michaelis die Dosis der Injektion nicht zu hoch zu nehmen und lieber die bald zu wiederholende zweite Injektion in üblicher Weise höher zu dosieren. In einem Falle von Lues pontis mit klonischen Krämpfen der Kaumuskulatur gingen alle Erscheinungen auf 0,6 (subkutan, neutrale Suspension) sichtbar von Tag zu Tag zurück; der Patient blühte geradezu auf. Im allgemeinen bezeichnet Michaelis die Behandlung der Hirnlues mit Arsenobenzol als „eine sehr dankbare Aufgabe". Aber auch alte Lähmungen und Kontrakturen nach sehr lange bestehender syphilitischer Hemiplegie sollte man von einem Versuch mit Arsenobenzol nicht ausschließen, da sich niemals vorhersehen läßt, wie weit solch ein Prozeß reparabel ist. Michaelis hat Fälle von syphilitischer Hemiplegie auf endarteriitischer Grundlage ohne Schädigung und mit gleich gutem Erfolg wie sonst durch die anderen Mittel behandelt.

Bei in Entwicklung begriffener Tabes oder Paralyse hält Michaelis die Frage für berechtigt, ob man sie in ihrem Fortschreiten hemmen oder einige Symptome bessern kann, da ja nicht jede Ausfallserscheinung auf einem irreparablen Prozeß zu beruhen braucht, wie dies ja auch das schwankende Verhalten der Patellar- und Pupillenreflexe in frühen Stadien der Erkrankung zeigt. Er hat 18 Tabesfälle mit Arsenobenzol behandelt. In acht Fällen — fast durchweg frühere Stadien mit Überwiegen der lanzinierenden Schmerzen und der Ataxie — trat meist schon am Tage nach der Injektion eine lebhafte Steigerung der Schmerzen auf, die nichts mit einer Läsion von Nerven an der Injektionsstelle zu tun hatten, da sie auch bei intravenöser Injektion vorkamen. „Sehr bald legten sich diese Schmerzen, und es folgte eine lange Periode von völlig oder erheblich geminderter Schmerzhaftigkeit. Sehr auffällig war die wiederholt aufgetretene sehr rasche Besserung der Ataxie; Patienten, die nur mühsam am Stock gehen konnten, begannen mit einem Schlag, ohne die geringste Übungstherapie, ganz gut zu gehen." In einem Fall ließen sich nach der Injektion beide Patellarreflexe ziemlich leicht auslösen, während vorher der Patellarreflex nur auf einer Seite eben auslösbar war. Änderung der Pupillenreaktion wurde nicht beobachtet. „Nach zwei bis vier Monaten kamen die meisten Kranken mit der alten Beschwerde wieder." Über die Wirkung einer zweiten Injektion hat Michaelis noch keinen Überblick. Die bisherigen Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen. In einem sehr rapid verlaufenden Fall von Tabes trat keine Besserung ein.

Bei Paralyse sah Michaelis nur eine allerdings sehr weitgehende Remission von einvierteljähriger Dauer. Erneute Injektion brachte nach kurzer Zeit wieder wesentliche Besserung. Im Hinblick auf die Schwierigkeit der Unterscheidung mancher Form der Hirnlues von der progressiven Paralyse rät Michaelis bei letzterer das Arsenobenzol zu versuchen, und zwar mit wiederholten Injektionen. Die spontanen Remissionen lehren ja die Möglichkeit der Besserung ganz unzweifelhaft.

Treupel[21]): Da er die ersten Injektionen bereits im Januar 1910 gemacht hat, so beträgt die Be-

[20]) Die Ehrlich-Hata-Behandlung in der inneren Medizin. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910, Nr. 49.

[21]) Weitere Erfahrungen bei syphilitischen, parasyphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen mit Ehrlich-Hata-Injektionen. Aus der medizinischen Klinik des Hospitals zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M. Deutsche mediz. Wochenschrift, 29. September 1910, Nr. 39.

obachtungszeit (bei der Publikation) mancher Fälle schon $^3/_4$ Jahre.

Bei einer in unzweifelhaftem Zusammenhang mit Lues stehenden schwersten parenchymatösen Nephritis mit beginnender Urämie gingen die urämischen Erscheinungen nach 0,6 „606“ prompt zurück und kehrten seither nicht wieder. Nach einigen Wochen wurde wieder 0,4 „606“ subkutan injiziert. Der Eiweißgehalt sank von $9^0/_{00}$ auf $2^0/_{00}$, stieg später wieder langsam auf $6^0/_{00}$.

In Fällen von frischer Gehirnsyphilis war der Erfolg sehr prompt und gut. „Die Lähmungserscheinungen gingen in den nächsten Tagen nach der Injektion zurück, ebenso die beginnende Stauungspapille.“ Dagegen hatte bei einem Patienten mit spastischer Lähmung der Beine, der sich vor fünf Jahren infiziert und vergeblich energische Quecksilberkuren gebraucht hatte, die Injektion höchstens eine Verringerung der hochgradigen Neigung zu Spasmen zur Folge. Von Tabes und progressiver Paralyse wurden bis jetzt von Treupel 19 Fälle injiziert. Er hat „den Eindruck gewonnen, daß die Tabes im Beginn und die progressive Paralyse ganz im Anfang günstig beeinflußt werden können.“ Darunter rechnet er aber solche Fälle, wo die Diagnose bereits eine sichere ist. Im Verlauf der nächsten Wochen nach der Injektion wurden die Sensibilitätsstörungen bei Tabes gebessert in dem Sinne z. B., daß kalt und warm, der glatte Linoleumbelag vom rauheren Teppich auf den Fußsohlen genauer voneinander unterschieden werden konnte, der Gang sicherer wurde, das Rombergsche Phänomen verschwand oder erheblich geringer auftrat. Bei der progressiven Paralyse schien der rasche Stimmungswechsel gemildert zu werden. In einem Fall von Taboparalyse ließ die vorhandene Blasenschwäche nach. In einem Fall vorgeschrittener Paralyse (Sprachstörung, erhebliche Intelligenzdefekte, Unreinlichkeit, Selbstbeschmierung etc.) wurde 0,8 „606“ sehr gut vertragen.

Gennerich[22]) teilt einen Fall von kompletter Parese infolge Gehirnlues mit, der einen Tag nach der Ehrlich-Behandlung ein freies Sensorium bekommt, das zwei Monate lang getrübt war, ohne Hilfe aufsteht und die Hand geben kann. Er sagt, wenn man das sehe, stehe man zunächst vor einer geradezu rätselhaften Wirkung. Gleich überraschend war ein Fall von Hemiplegie; bereits am ersten Tage nach der Behandlung konnte der vorher völlig gelähmte Arm bis zum rechten Winkel gebeugt werden; es schlossen sich fortlaufend auffällige Fortschritte der Beweglichkeit der Extremitäten an.

Nach Gennerich kommt der negativen Serumreaktion in allen Stadien der Syphilis nur eine relative Bedeutung zu, da die Reaktion eine lokal beschränkte Syphilis nicht mehr anzuzeigen vermag. Es werde leider nicht möglich sein, trotz Ausbleiben von klinischen Rückfallerscheinungen den Dauererfolg der Ehrlich-Hata-Behandlung in absehbarer Zeit festzulegen. Bis man unter sorgfältigster klinischer Beobachtung und Verfolgung der Seroreaktion eine Heilung im bakteriellen Sinne annehmen darf, dürften noch Jahre vergehen. — Die Erscheinung, daß bei Fällen von Syphilis mit negativer Reaktion nach Behandlung mit „606“, ähnlich wie nach Quecksilber, eine kürzere oder längere positive Schwankung auftritt, setzt Gennerich in Parallele zur Herxheimerschen Reaktion als Wirkung freiwerdender Endotoxine. Das Negativwerden der Serumreaktion zeigt zunächst nur die lokale Beschränkung der Erkrankung an; es wird am leichtesten erreicht bei Frühbehandlung. Auch ältere lokale Syphilis ergibt relativ leicht eine negative Serumreaktion.

[Auf Grund von Untersuchungen an mehreren hundert Nervenkranken sind A. v. Sarbó und J. Kiß (Budapest)[23]) zu dem Ergebnis gekommen, daß die Wassermannsche Reaktion keine spezifische ist und die antiluetische Behandlung keinen nennenswerten Einfluß auf die Positivität der Reaktion hat. (Über den Wert der Wassermannschen Seroreaktion bei Nervenkrankheiten.)]

K. Zieler[24]): Ein allerdings sehr vorgeschrittener Tabesfall wurde überhaupt nicht beeinflußt. Bei einem anderen Tabetiker schwanden innerhalb drei Wochen nach der Injektion die vorhandenen Blasenstörungen. Bei zwei anderen Tabikern wurden die lanzinierenden Schmerzen nicht beeinflußt.

Hesse[25]) beobachtete in einem mit 606 behandelten Falle von Iridozyklitis papulosa während der Behandlung Auftreten einer schweren Neuroretinitis auf beiden Augen. Er läßt die Frage offen, ob letztere eine syphilitische oder auf die Anwendung von 606 zurückzuführen ist.

[22]) Über Syphilisbehandlung mit Ehrlich 606. Aus dem Marine-Lazarett Kiel-Wik, Krankenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 38, 1910.

[23]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 40, Heft 5 und 6.

[24]) Erfahrungen mit „Ehrlich-Hata 606“. Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Würzburg. Deutsche mediz. Wochenschrift, 3. November 1910, Nr. 44.

[25]) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., November-Dezember 1910. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 5.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung folgt.)

§ 831.

Ein Geschäftsherr hat die im Verkehr erforderliche Sorgfalt bei der Auswahl des mit einer Verrichtung Beauftragten, auch wenn dieser sonst tüchtig und zuverlässig ist, nicht beobachtet, wenn er bei verständiger Erwägung erkennen muß, daß der Beauftragte, von seiner bisherigen Arbeit ermüdet, nicht mehr die für die neue Verrichtung erforderliche Frische und Geistesgegenwart hat. Insoweit die Entlastung des Geschäftsherrn aus § 831 BGB. in Betracht kommt, liegt ihm die Beweispflicht dafür ob. (RG. VI, 2. Dezember 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 315.

§ 831.

Der § 831 stellt eine Vermutung für Verschulden des Geschäftsherrn eben nur für den Fall auf, wenn der zur Verrichtung Bestellte in Ausführung gerade dieser Verrichtung Schaden gestiftet hat. Liegt dieser Tatbestand nicht vor, so gelten die allgemeinen Grundsätze, insbesondere die der §§ 276, 823 BGB., nach denen dann freilich der Geschädigte den Beweis zu führen hat, daß durch ein schuldhaftes Handeln oder Unterlassen des Herrn bei der Bestellung die Schadenszufügung verursacht worden ist. Eine Haftbarkeit dieser Art ist rechtlich selbst in solchen Fällen denkbar, wenn der Angestellte aus eigenem freien Willen einen Dritten vorsätzlich schädigt (z. B. wenn der Dienstherr in Kenntnis der diebischen Neigung seines Angestellten diesen zu einem Geschäfte an einem Orte verwendet, wo er günstige Gelegenheit zum Stehlen findet, oder wenn der Meister einen notorisch händelsüchtigen Gesellen zu einer Verrichtung entsendet, die besonders geeignet ist, diesem Anlaß zu Ausschreitungen zu gewähren). Um so mehr ist es gerechtfertigt, denjenigen für den Schaden verantwortlich zu machen, der zu einem Geschäfte einen geistig unfreien Menschen, einen Geisteskranken verwendet, bei dem von vornherein in Rechnung zu nehmen ist, daß er aus Anlaß der ihm anvertrauten Funktion Unheil anrichten könne. Die in der allgemeinen Lebenserfahrung begründete Vorhersehbarkeit einer Schadensfolge ergibt diesfalls auch einen adäquaten Kausalzusammenhang. Der Ber.-R. geht nun zutreffend davon aus, daß der Beklagte die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen habe, wenn er den St. zum Wächter bestellt hatte, obwohl ihm nicht bloß die aus der Mitteilung und Warnung des Wachtmeisters R. erhellenden üblen Eigenschaften jenes Mannes, Trunksucht und Neigung zu Gewalttätigkeit, sondern weiter auch eine Geisteskrankheit desselben bekannt gewesen sind. Treffen diese Momente zusammen, dann hatte der Beklagte allen Anlaß, bei der Verwendung des St. — wenn er diesen überhaupt noch in seinem Betriebe (wie er angibt aus Mitleid) beschäftigen wollte — Vorsicht zu beobachten, und durfte er einer solchen Persönlichkeit keinesfalls das Amt eines Wächters anvertrauen. Diese Funktion gewährte, wie auf der Hand liegt, dem St. in besonderem Maße Gelegenheit und Anreiz zu gewalttätigem Auftreten gegen Dritte; zumal wenn der Wächter auch noch bewaffnet war. (Berlin, 25. April 1910.)

J. W., Nr. 13, pag. 633.

§ 843, Abs. 3.

Statt Zubilligung einer Rente ist eine Kapitalabfindung nicht zu beanstanden, wenn nach Lage des Falles anzunehmen ist, daß eine endgültige, spätere Klagen aus § 323 ZPO. ausschließende Kapitalabfindung auf den Zustand des Klägers, der sonst durch die Unsicherheit seiner Rechtslage weiterhin krankhaft gestört bliebe, heilend einwirken wird (J. W., 1909, pag. 136; „Recht", 1909, Nr. 837). In solchem Falle ist jedoch, wenn angenommen wird, daß die Kapitalabfindung die Gesundung des Klägers beschleunigen werde, die Abfindung entsprechend niedrig zu bemessen. (RG. VI, 23. Mai 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 2428.

§ 1325.

Nach § 1325 Abs. 1 BGB. ist eine Ehe nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand. Von den Fällen der Geschäftsunfähigkeit kam für die Klage der in § 104 Nr. 2 bezeichnete in Betracht. Schon in erster Instanz hatte der Kläger ferner geltend gemacht, er habe sich im Zeitpunkte der Eheschließung in einem Zustande vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befunden. Die Ehe der Parteien war mithin für nichtig zu erklären: 1. wenn der Kläger zur Zeit der Eheschließung sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, der seiner Natur nach kein vorübergehender war (§ 104, Nr. 2), oder 2. wenn

der Kläger zur Zeit der Eheschließung sich im Zustande vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand (§ 1325, Abs. 1). Wäre die Fassung des Gesetzes genau, so müßte nach diesen Bestimmungen der Nachweis, daß einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung in einem Zustande der Störung der Geistestätigkeit sich befunden habe, zur Nichtigerklärung der Ehe genügen, falls die Störung der Geistestätigkeit vorübergehend war, dagegen müßte, wenn die Störung krankhaft und der Zustand kein vorübergehender war, der Zustand ein die freie Willensbestimmung ausschließender gewesen sein. Daß dies nicht der Sinn des Gesetzes sein kann, unterliegt keinem Zweifel. Die vorübergehende Störung der Geistestätigkeit ist der leichtere Mangel; es ist undenkbar, daß, wenn der Zustand der Störung der Geistestätigkeit seiner Natur nach dauernd, die Störung der Geistestätigkeit krankhaft ist, das Erfordernis des Ausschlusses der freien Willensbestimmung hinzutreten muß, dieses Moment dagegen fehlen dürfte, wenn die Störung nicht dauernd ist. Vielmehr ist anzunehmen, daß in jedem der beiden Fälle der Zustand ein die freie Willensbestimmung ausschließender sein muß. (Wird ausgeführt.) (Urteil vom 7. August 1910.) J. W., Nr. 16, pag. 817.

§ 1333.

Eine zur Zeit der Eheschließung bei einem Ehegatten bereits bestehende Geisteskrankheit ist als eine erhebliche persönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. zu erachten. Es genügt jedoch nicht, wenn in Anbetracht mehrerer in der Familie des einen Ehegatten vorgekommener Fälle von Geisteskrankheit lediglich die unbestimmte Besorgnis vor dem künftigen Ausbruch einer gleichen Krankheit bei dem Ehegatten besteht. Selbst eine etwa durch nachherige Erkrankung feststellbare persönliche Veranlagung zur Geisteskrankheit stellt an und für sich noch nicht eine dem Wesen einer Person anhaftende Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. dar („Recht", 1908, Nr. 1212). Das RG. läßt dahingestellt, ob eine Ausnahme für den Fall zu machen ist, daß die bei der Eheschließung vorhandene Anlage so beschaffen ist, daß sie mit Notwendigkeit nach der gewöhnlichen Entwicklung in absehbarer Zeit zum Ausbruch der Geisteskrankheit führen muß. (RG. IV, 24. Februar 1910) D. R. Entsch. Nr. 1389.

§ 1339 Abs. 2, § 1333.

Die Mitteilung eines Arztes über die Hysterie der Frau setzt die Frist des § 1339 Abs. 2 nicht in Lauf.

Die Entdeckung des Irrtums im Sinne des § 1339 BGB. setzt begrifflich voraus, daß der Entdeckende die bisher unzutreffend beurteilte Sachlage nunmehr auch seinerseits richtig erkannt hat. Erfahrungsmäßig ist nicht jede fachmännische, namentlich nicht jede ärztliche Belehrung für jeden Laien überzeugend. Hierzu kommt, daß die Hysterie der Beklagten nicht schlechthin, sondern nur um deswillen einen Anfechtungsgrund im Sinne des § 1333 BGB. bildet, weil auch Kläger neurasthenisch herzleidend ist und weil erst das Zusammentreffen beider Umstände die Sachlage ergibt, die bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe den Kläger von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würde. Daraus folgt, daß im Streitfalle von einer Entdeckung des Irrtums nicht gesprochen werden kann, solange Kläger nicht auch über seinen eigenen Gesundheitszustand und die gerade hierdurch geschaffene Unmöglichkeit des ehelichen Zusammenlebens mit der Beklagten aufgeklärt war. (RG. IV, 26. Januar 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1104.

§ 1568.

Hypochondrisches, von steter Krankheitsfurcht beeinflußtes Wesen und übertriebene Frömmelei des Mannes bilden keinen Scheidungsgrund, auch wenn er durch seine Versuche, die Frau zu seinen Anschauungen zu bekehren, sie erheblich belästigt hat.

Es kann keine Rede davon sein, daß dies als ein unsittliches Verhalten angesehen werden könnte. Aber auch eine schwere Verletzung der Ehepflichten gemäß § 1568 BGB. kann darin nicht erblickt werden. § 1568 setzt ein Verschulden voraus, und an einem solchen fehlt es hier. Der Beklagte war bei den Versuchen, seine Frau zu seinen religiösen Anschauungen zu bekehren, unverkennbar von dem Bestreben geleitet, zu ihrem Besten zu handeln, ihr Wohlergehen zu fördern; das gleiche war der Fall, wenn er ihr Ratschläge zur Erhaltung der Gesundheit gab. Bei der übertriebenen Sorge für seine Gesundheit handelte er zwar in erster Linie in seinem eigenen Interesse; aber es fehlte ihm das Bewußtsein, daß die von ihm für begründet gehaltene Sorge gegenüber seiner Frau ehezerrüttend wirken könne. Wenn nun auch seine gut gemeinten Bestrebungen ihn tatsächlich zu einem Verhalten führten, welches von seiner Frau mit Fug als erhebliche Belästigung empfunden wurde, so kann das doch kein Verschulden begründen. Das Verschulden im Sinne des § 1568 muß im Willen und im Bewußtsein des Handelnden gesucht werden, nicht in der ungewollten Wirkung seiner Handlungen. Es läßt sich auch nicht, wie die Klägerin will, eine schuldhafte Verletzung der Ehepflichten darin finden, daß Beklagter es unterlassen habe, gegen seine vorerwähnten Neigungen anzukämpfen, da er doch ein-

mal des guten Glaubens war, daß sein Verhalten seiner Familie förderlich sei. (RG. IV, 20. Oktober 1910.) D. R. Entsch. Nr. 4100.

§ 1568.

Im Zorn ausgestoßene beleidigende Verdächtigungen bei Aussöhnungsverhandlungen enthalten keinen Scheidungsgrund, wenn sie später nicht aufrecht erhalten werden.

Es liegt in der Natur der Sache, daß bei einer offenen Aussprache zwischen Ehegatten, bei der ein jeder sich dem anderen gegenüber zu rechtfertigen sucht, auch manche böse Bemerkung fällt, ohne daß dies als eine schwere Kränkung empfunden werden kann. Würde Beklagter auch jetzt noch, nach der im Prozesse stattgehabten Beweisaufnahme, auf dem Standpunkt stehen, daß Klägerin einer Verletzung der ehelichen Treue sich schuldig gemacht habe, so möchte es allerdings bedenklich erscheinen, das Vorhandensein der Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses zu verneinen. Nach dem Verhalten des Beklagten im Prozesse, in welchem er bei dem Antrage auf Abweisung der Klage geblieben ist, auch in zweiter Instanz nicht mehr auf den Verdacht der Untreue zurückgekommen ist, darf aber angenommen werden, daß der Beklagte von diesem Verdacht sich frei gemacht hat und weitere Zerwürfnisse hieraus nicht zu besorgen sind. (RG. IV, 14. März 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1980.

Zu § 1570.

Die Verzeihung ist keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung. Es kommt bei ihr nicht nur auf die abgegebene Erklärung an, zumal wenn es sich um eine in starker Gemütserregung abgegebene Erklärung handelt; entscheidend ist vielmehr die innere Stimmung und der auf solcher beruhende ernste Entschluß. Unter Umständen ist daher selbst eine ausdrücklich erklärte Verzeihung noch keine Verzeihung im Sinne des Gesetzes. (Hamburg, 23. Mai 1910.)

§ 1837.

Der Vormund darf dem Mündel, der auch gegen den Willen des Vormundes die Klage auf Wiederaufhebung der Entmündigung (§ 686 ZPO.) anstellen kann, die zu deren Durchführung erforderlichen Mittel nur dann vorenthalten, wenn die Rechtsverfolgung mutwillig oder aussichtslos erscheint. Liegt ein solcher Grund der Verweigerung der Mittel nicht vor und verweigert der Vormund die Mittel zur Prozeßführung trotzdem, so handelt er pflichtwidrig und das Vormundschaftsgericht kann gegen ihn durch Erlassung des Gebots zu deren Hergabe einschreiten. (Colmar, 9. März 1910.) D. R. Entsch. Nr. 1267.

§ 1837.

Auch der Vormund eines wegen Trunksucht entmündigten Großjährigen hat dessen Aufenthalt nach freiem Ermessen zu bestimmen; ein Eingreifen des Vormundschaftsgerichts ist, solange nicht ein Anhalt für pflichtwidrige Ausübung des Ermessens vorliegt, auch nicht im Beschwerdewege nach § 59 FGG. erreicht worden. (Bayr. OLG., 22. April 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1987.

V. Zivilprozessordnung.

§§ 42, 406.

Die Klage ist gerichtet auf Verurteilung der Beklagten zur Aufhebung der Verfügung, durch welche die Beklagte das Verbleiben des Klägers in der Irrenanstalt L. angeordnet hat. In der Berufungsinstanz hat das OLG. über den jetzigen Geisteszustand des Klägers Beweis zu erheben beschlossen, insbesondere wegen der Frage, ob er jetzt prozeßunfähig sei, und aus welchen Gründen, und zu diesem Zwecke den Direktor jener Irrenanstalt zum Sachverständigen ernannt. Als solchen hat der Kläger ihn abgelehnt, weil gerade auf seinen Bericht hin die Beklagte die angefochtene Verfügung erlassen habe. Das OLG. hat das Ablehnungsgesuch verworfen. Auf Beschwerde des Klägers hob das RG. diesen Beschluß auf: Nach § 406 Abs. 1 vgl. mit § 42 Abs. 1, 2 ZPO. genügt als Ablehnungsgrund schon ein Grund, der geeignet ist, Mißtrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen, d. h. ein subjektives Mißtrauen dieser Art bei der Partei als gerechtfertigt erscheinen zu lassen. (Beschluß vom 6. Juni 1910.)

J. W., Nr. 14, pag. 710.

§ 286.

Ein Sachverständigengutachten wird nicht dadurch schlechthin unverwertbar, daß der Gutachter sich nicht an die Grenzen des Beweisbeschlusses gehalten hat.

Das OLG. war nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung nicht gehindert, das Gutachten des Prof. Dr. M. neben dem sonstigen Beweismaterial für seine Beurteilung zu verwerten, auch wenn dieser Sachverständige sich bei seinem Gutachten an die Auflagen der Beweisbeschlüsse (nämlich: die bei den Anstaltsakten befindlichen, von der Klägerin als unwahr bezeichneten Angaben ihres Ehemannes und ihrer Schwester unberücksichtigt zu lassen) nicht gehalten haben sollte. Das Gutachten durfte mindestens insoweit benutzt werden, als die fraglichen Tatsachen inzwischen unstreitig geworden bezw. bestätigt waren, oder als das Urteil des Sachverständigen ersichtlich

nicht auf einseitigen Angaben der Angehörigen der Klägerin fußte. (RG. VI, 26. Mai 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3033.

§ 287.

Über tatsächliche Verhältnisse, die der Wahrnehmung der Sachverständigen zugänglich sind, bedarf es nicht einer Zeugenvernehmung vor Anordnung des Sachverständigenbeweises.

Auf eine so nutzlose Zerreißung der Beweisaufnahme hat die Partei kein Recht. (RG. VII, 7. Januar 1910.) D. R. Entsch. Nr. 952.

§ 402.

Die Ablehnung eines angebotenen Sachverständigenbeweises wegen eigener Sachkunde des Gerichts verstößt jedenfalls insolange nicht gegen das Gesetz, als nicht offensichtlich besondere Fachkenntnisse nötig sind.

Die Überlegungen, mit welchen das OLG. wegen Ungewißheit der wahren Ursache der Beschädigung der streitigen Einsendung ohne Anhörung von Sachverständigen den Verschuldungsbeweis für unmöglich erklärt, sind nicht so beschaffen, daß sie nur bei spezieller Fachkenntnis angestellt werden könnten. Das Verfahren des OLG. kann daher nicht als ungesetzlich angesehen werden, auch wenn man nicht soweit geht, wie der V. Z.-S. im Urt. V. 326/02 vom 29. Dezember 1902, wo das Ermessen des Instanzrichters darüber, ob er die zur Beurteilung tatsächlicher Verhältnisse erforderliche Sachkunde sich selbst zutraut oder Sachverständige als Gehilfen zuziehen will, für schlechthin unbeschränkt erklärt wird. (RG. I, 13. November 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 140.

§ 402.

Der Verstoß ist begangen dadurch, daß das BG. die Privatgutachten, weil ihre Echtheit nicht bestritten ist, im Wege des Urkundenbeweises benutzt. Eine solche Verwertung unter Unterlassung der in der ZPO. vorgeschriebenen Vernehmung der Sachverständigen ist aber nur in dem hier nicht gegebenen Falle des Einverständnisses der Parteien ausnahmsweise zulässig. (RG., 25. Januar 1910.)

J. W., Nr. 5, pag. 191.

§ 406.

Persönliche Interessen des Sachverständigen am Ausgang des Rechtsstreits, die erst nach seinem ersten Gutachten entstanden sind, berechtigen nicht zur Ablehnung. (Hamburg, 22. Januar 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 2242.

§ 406.

Der Arzt, der den Beklagten nach der Behandlung durch den Kläger weiter behandelt hat, kann als Sachverständiger über die Behandlungsweise des Klägers abgelehnt werden. (Breslau, 21. Dezember 1909.) D. R. Entsch. Nr. 2241.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Düsseldorf.** Die Departemental-Irrenanstalt an der Fürstenwallstraße, bekanntlich eine private Stiftung, in der unheilbare Geisteskranke auf Kosten der Provinz untergebracht wurden, soll zu Ende dieses Jahres eingehen, und die dort zurzeit vorhandenen Geisteskranken werden der neuen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bedburg bei Kleve überwiesen. Das Gelände der 1826 in Benutzung genommenen Anstalt ist bekanntlich seinerzeit für 1 Million Mark in den Besitz der Stadt Düsseldorf übergegangen. Damals wurde bestimmt, daß der Kaufpreis zu einer Wohltätigkeitsstiftung für den Regierungsbezirk verwandt werden sollte. Es ist nun beabsichtigt, aus dieser Stiftung in erster Linie Geisteskranken, die weder auf öffentliche Armenpflege noch auf Gewährung von Freistellen in öffentlichen oder privaten Anstalten Anspruch haben, Beihilfen zukommen zu lassen. Das freiwerdende Gelände wird voraussichtlich zu Bauzwecken aufgeteilt werden.

(Düsseldorfer Zeitung, 4. Mai.)

— **Neue Kreisirrenanstalt in Schwaben.** Der Ausschuß des zu einer außerordentlichen Session versammelten schwäbischen Landrates hat am 5. Mai d. Js. mit großer Majorität die Errichtung einer zweiten Kreisirrenanstalt in Günzburg beschlossen. Damit ist die Wahl des Platzes entschieden. Bewerber um die Anstalt waren noch Augsburg und Nördlingen, die ebenso wie Günzburg große Komplexe und bedeutende freiwillige Leistungen angeboten hatten.

— Zu den **Ermittlungen der Gehälter von Anstaltsärzten** in Nr. 5, S. 46 wird ergänzend mitgeteilt, daß das Gehalt der Abteilungsärzte in der Provinz Hannover in der angegebenen Weise von 3600 bis 6600 M. steigt.

Referate.

— Stelzner, Helenefriederike, Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. Berlin, Karger, 1911. 249 S.

Die Literatur über die Grenzzustände wächst schnell. Das vorliegende Buch, durch Ziehens Anregung entstanden, ist seiner Darstellung nach nicht für den Psychiater von Fach, sondern für alle be-

stimmt, welche ein Interesse daran haben, die Psychopathen in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung kennen zu lernen. Es behandelt ein Teilgebiet des Titels, da das Material der Verf. meist nur den unteren Ständen entstammte; die gebildeten Klassen fehlen ganz. Die Untersuchungen in einer Fürsorgeanstalt für weibliche Prostituierte haben dazu geführt, daß das Kapitel über Geschlechts- und Liebesleben besonders ausgedehnt wurde. Zum Schluß fordert Verf. strenge Scheidung der schwachsinnigen und der psychopathischen Kinder, für die letzteren möglichst frühzeitige Verbringung in besondere Heilerziehungsheime. In die richtigen Hände gegeben, wird das Buch dazu beitragen, das Verständnis für ein Gebiet von größter Bedeutung zu fördern. Mercklin.

— Zander, R., Vom Nervensystem. II. Aufl. Leipzig, Teubner, 1910. 146 S.

Das kleine Buch enthält viel. Bau, Leistungen, Krankheiten und Hygiene des Nervensystems hat Verf. mit großem Geschick populär dargestellt und dadurch die Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" um einen Band bereichert, der viele Leser finden wird. M.

— Pollitz, P., Strafe und Verbrechen. Geschichte und Organisation des Gefängniswesens. Leipzig, Teubner, 1910. 140 S.

Die vorliegende Darstellung schließt sich dem bekannten Buche des Verf. über die „Psychologie des Verbrechers" an. P. behandelt die geschichtliche Entwicklung der systematisierten Freiheitsstrafe, die Entwicklung der Strafrechtstheorien, den Strafvollzug und seine innere Organisation, die Deportation und die Bekämpfung des Verbrechens durch sichernde Maßnahmen und andere Reformen. Aus naheliegenden Gründen sind in unseren Tagen derartige zusammenfassende, populär gehaltene Darstellungen aus berufener Feder sehr willkommen. M.

— Der Alkoholismus. Herausgegeben vom Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus. VII. Teil. Berlin, 1910.

Berufene Redner behandeln in dieser neuen Vortragssammlung die Alkoholfrage von alten und neuen Gesichtspunkten aus. Auch der mit dem Gegenstande vertraute Arzt findet hier mancherlei interessante Ergebnisse niedergelegt. So streift R. Sommer („psychophysische Wirkungen des Alkohols") die Frage, weshalb die einen Trinker an einem typischen Delirium erkranken, die andern an einem Alkoholwahnsinn. Hier sei nicht die verschiedene Art des Alkohols das Ausschlaggebende, sondern vermutlich ein endogenes Moment. In der Tat fand R. bei Durchsicht der Anamnesen, daß bei den Fällen von Alkoholwahnsinn die Kranken häufig ein sonderbares, an die Paranoischen erinnerndes Wesen schon immer zeigten. Mercklin.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Münster i. W.** Der Königl. Kronenorden III. Klasse wurde verliehen dem Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach, bisherigen Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt.

— **Schlesien.** Assistenzarzt Dr. med. Ullmann aus Zabrze O.-S. am 19. April d. Js. bei der Anstalt Bunzlau angestellt.

Abteilungsarzt Dr. v. Schuckmann, Lüben, mit dem 1. Juli d. Js. unter Beförderung zum Oberarzt als solcher an die Anstalt in Plagwitz versetzt.

Abteilungsarzt Dr. Wicht, Plagwitz, mit dem 1. Juli d. Js. in gleicher Eigenschaft nach Lüben versetzt.

— **Lüneburg.** An der hiesigen Anstalt sind am 1. April d. Js. als Abteilungsärzte angestellt Dr. A. Kracke und Dr. M. Bräuner.

— **Saargemünd.** Dem Geh. San.-Rat Dr. Dittmar, Direktor der lothringischen Bezirksirrenanstalt, wurde der königl. preußische Kronenorden III. Klasse verliehen.

— **Kreuzlingen b. Konstanz.** Dr. Haymann, bisher Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br., ist als Hausarzt in Dr. Binswangers Kuranstalt Bellevue eingetreten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Die Stelle eines

Assistenzarztes

an der psychiatrischen und Nervenklinik in **Greifswald** ist baldigst zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung erwünscht, aber nicht notwendig. Remuneration 900 M. bis 1370 M., je nach Vorbildung bei freier Station. Meldungen erbittet die Direktion.

Stellengesuche.

Dame

langjähr. Oberin, in allen Zweigen der Krankenpflege und in der Leitung einer großen Anstalt erfahren, mit Verwaltungsarbeiten vertraut, gewandt im Verkehr, tüchtig, sparsam, selbsttätig, **sucht die Leitung einer Anstalt zu übernehmen.** Offerten unter **K. 1949** an die Expedition dieses Blattes.

Wir ersuchen

unsere Leser, bei Bestellungen in erster Linie die Inserenten unserer Zeitung berücksichtigen zu wollen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 8. 20. Mai **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Ketzergedanken eines Psychiaters. Von Dr. Wern. H. Becker, Weilmünster. (S. 69.) — Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie X. Von Privatdozent Dr. W. Vorkastner, in Greifswald. (Schluß.) (S. 71.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent: Hugo Levi, Stuttgart. (S. 73.) — Mitteilungen (S. 77.) Hirnforschungsinstitute und Hirnmuseen. Fürsorge für entlassene Geisteskranke. — Referate. (S. 78.)

Ketzergedanken eines Psychiaters.

Von Dr. *Wern. H. Becker*, Arzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster.

In Nr. 41 und 42 vor. Jgs. dieser Zeitschr. veröffentlicht Herr Oberarzt Dr. Dobrick-Kosten einen Artikel mit obiger Überschrift. Die Worte des Kollegen treffen in manchem Punkt den Nagel auf den Kopf und sind sicher manchem von uns aus der Seele gesprochen. Es wird der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Wissenschaft sowohl wie das Wissen und Können der einzelnen in der praktischen Irrenpflege stehenden Ärzte treffend und ohne optimistische Schönfärberei geschildert. Dank ihm für den „Aufruf", der mich anmutete, wie vor zehn Jahren Reißigs und Hartmanns Aufrüttelungen der deutschen Ärzteschaft im „Ärztlichen Vereinsblatt". Mögen Dobricks Worte auch die fruchtbare Bewegung schaffen, wie sie damals in den Kreisen der praktischen Ärzteschaft ausgelöst wurde!

Aber doch dürfen die Ausführungen des Kostener Kollegen nicht unwidersprochen bleiben, zumal er selber am Schluß die allgemeine Aufforderung ergehen läßt, sich zu dieser Sache zu äußern. Nun gut, ich gestatte mir, die Diskussion mit ein paar Bemerkungen zu eröffnen.

Überzeugend ist der Grundton der Ausführungen des Verfassers, daß die psychiatrischen Kliniken die Provinzialirrenanstalten an wissenschaftlichen Leistungen und an Leistungsfähigkeit überflügelt haben, daß in der ganzen Psychiatrie eine gewisse wissenschaftliche Stagnation herrscht und daß der Provinzialpsychiater sich bescheiden soll mit einem geringen wissenschaftlichen Ruhm, sich immer wieder klar machen soll, daß er nicht mehr ist und nicht mehr leisten kann, als der praktische Arzt.

Doch halt, Herr Kollege! Das kann ich nicht zugeben. Bin selber fast zehn Jahre praktischer Arzt gewesen, aber die Hilfsmittel, die mir hier in der Anstalt zur Verfügung stehen, sind doch ganz andere als die der Landpraxis, wie ich sie ausübte. Da ist das geschulte Wartepersonal, die ständige Überwachungsmöglichkeit, die gutgeführte, über die Vorjahre orientierende Krankengeschichte, die stete Gelegenheit, sich mit Kollegen über den Fall auszusprechen oder gratis jemanden hinzuziehen: ach wie unzulänglich ist dagegen die Tätigkeit des praktischen Landarztes! — Also hier ist schon ein wesentlicher Unterschied, der es eigentlich näher legen würde, unsere Tätigkeit mit der des klinischen Assistenten zu vergleichen.

Diesen Vergleich will Dobrick aber nicht zugeben, weil dem Institutskollegen in der Universitäts- oder Großstadt Spezialbibliotheken, die Möglichkeit persönlicher Information, eingehendere wissenschaftliche Kontrolle, Besuch wissenschaftlicher Vereine usw. zur Verfügung stehen, Annehmlichkeiten, deren wir entraten müssen.

Gewiß hat der Institutskollege, wo es sich um eingehende wissenschaftliche Versuche handelt, bei denen die Beihilfe anderer Institute der Universitas litterarum nicht entbehrt werden kann, viel vor uns voraus. Und das soll er auch behalten, diese Domäne des Universitätsdozenten, der noch in den besten Lebensjahren oft ein Manko der pekuniären Einnahme durch wissenschaftliche Erfolge und publizistische Ehren kompensieren muß. Er ist ja auch der nächste Anwärter auf den psychiatrischen Lehrstuhl, diesen Höhepunkt irrenärztlichen Wissens, dem wir alle uns beugen. Aber doch haben auch wir unsere Domäne in unseren Anstalten. Dobrick spricht von dem zu wissenschaftlichem Einarbeiten nötigen „fluktuierenden Material". Ich unterschreibe das, bitte aber das stagnierende Material nicht zu unterschätzen. Die Endzustände der Dementia para-

lytica und Dementia praecox, die sekundären Verblödungen post Amentiam, post Epilepsiam u. a., die chronisch gewordene Paranoia, all das sind Fälle, die in den Kliniken meist nur als vereinzelte Paradefälle figurieren, bei uns aber in so reichlichen Massen zu finden sind, daß sie, in ihrer Gesamtheit mit kritischem Auge betrachtet, erst das richtige Bild abgelaufener Fälle uns geben. Kein geringerer als Kraepelin hat den Wert der „Katamnese" betont und zu dem Zweck persönlicher Katamnesenstudierung den Austausch seiner Assistenten mit den Ärzten der Eglfinger Anstalt vorgeschlagen. Und nicht nur diagnostisch und symptomatologisch bilden unsere „alten Fälle" ein interessantes, von dem der Universitätsklinik verschiedenes Material, sondern auch therapeutisch sind sie beachtenswerte Objekte. Sie sind alle bereits symptomatologisch mit Sedativis und Narkotizis behandelt worden, und fast von jedem Patienten weiß die Anstaltsärzteschaft, welche Dosen von diesem oder jenem Mittel er vertragen kann, welche ihm zuträglich sind, welche als wirkungslos sich erweisen. Wieviel vorsichtiger, tastender muß ein frischer psychiatrischer Fall dagegen behandelt werden! — Hier also liegt ein Feld für uns, und zwar gleichzeitig ein dem Wunsche Dobricks entsprechendes therapeutisches, denn welches Krankenmaterial wäre geeigneter für Versuche mit neuen, die alten übertreffenden Schlafmitteln, als das unsere! — In der Tat sind manche neuere narkotisch wirkende Mittel in Provinzialanstalten zuerst in größerem Maße probiert worden, und unsere Erfahrungen sind es, die sich jetzt die übrige Ärztewelt zunutze macht.

Sodann muß ich die mangelhafte Vorbildung der heutigen Irrenärzte, wie Dobrick sie darstellt, bestreiten. Gewiß läge es im Interesse unseres Standes, unserer Kranker und unserer Wissenschaft, wenn unsere Ausbildung eine noch gründlichere wäre. Doch gar so minderwertig ist sie doch auch nicht! — Die Kenntnisse, die der Medizinalpraktikant heutzutage aus den studentischen Kollegs mitbringt, sind doch jetzt durch die verschärfte Staatsexamensbedingungen verschärft worden. Mancher Medizinalpraktikant bringt auch einen Teil seines Jahres in einer Irrenanstalt zu. Mancher junge Arzt geht erst in den praktischen Irrendienst, nachdem er erst ein oder gar mehrere Jahre klinischer Assistent eines Psychiatrieprofessors gewesen ist. In Süddeutschland verlangt die Behörde vor der festen Anstellung Bestehen der Physikatsprüfung, in der wiederum ein Fonds psychiatrischer Kenntnisse, insbesondere auch forensische Psychiatrie, verlangt wird. So ist die Annahme, daß viele Irrenärzte bei Beginn ihrer Spezialtätigkeit ohne Vorbildung in den Provinzialdienst treten, doch wohl kaum für die Hälfte aufrecht zu erhalten, zumal auch viele ärztliche Provinzialbeamte in Preußen ihrer Ausbildung noch das Zeugnis bestandenen Kreisarztexamens zufügen. Gar nicht reden will ich von kürzerer oder längerer Tätigkeit als praktischer Arzt, die mancher irrenärztlichen Karriere vorangeht und die zwar zur Erlangung von Spezialkenntnissen in der Psychiatrie nicht viel beiträgt, die aber durch Schärfung des ärztlichen Blicks, durch Erleichterung der Fähigkeit, die vielen interkurrenten körperlichen Leiden zu behandeln und durch mittlerweile erreichtes gesetzteres Lebensalter mit ernsterer Lebensauffassung doch dazu beiträgt, das Eindringen in die Spezialmaterie zu fördern. — Also so ganz ungeeignet ist unser Ärztematerial auch nicht, an der Pionierarbeit der psychiatrischen Forschung ihr Teil beizutragen.

Endlich muß ich mich noch zu Dobricks Besserungsvorschlägen äußern. Dobrick wünscht zwecks Hebung der irrenärztlichen Therapeutik und, wenn ich ihn recht verstehe, auch Hebung des wissenschaftlichen Niveaus der „praktischen Irrenärzte", *wie wir* uns ja im Gegensatz zum Universitätspsychiater nennen können, ein „Zentralinstitut für psychiatrische Forschung". Gewiß eine erstrebenswerte Institution, deren Realisierung ich nur mir sehr viel schwieriger denke, als der Verfasser. Ja, wenn die Regierung in Berlin dafür zu interessieren wäre oder eine Privatstiftung die Mittel herbeischaffen würde! Aber 5 M. pro Kopf und Jahr noch zu den Kosten der Anstaltsinsassen von den Provinzial-Verwaltungen herauszuschlagen, ich glaube, das bleibt ein unerfüllbarer Wunsch. Man bedenke, was der Anstaltsinsasse jetzt durchschnittlich den Verwaltungen kostet; den Provinziallandtagen würde, ehe sie nicht greifbare in bar einzusetzende Erfolge jenes Instituts sähen, diese Mehrausgabe unerschwinglich scheinen! — Ich erlaube mir einen anderen Vorschlag: den Austausch mit klinischen Assistenten auf ein Jahr, möglichst durchzuführen während der ersten Ausbildungsjahre. Die meisten Provinzen haben eine Provinzialanstalt in der Universitätsstadt, andere könnten leicht mit dem Kultusministerium eine derartige Vereinbarung treffen. Und die Kosten wären gleich Null. Und sollte die Zahl der klinischen Assistenten in der Provinz weitaus geringer sein als die der Provinzialpsychiater, nun dann verteile man das eine Austauschjahr unter zwei oder gar drei der letzteren.

Nach diesen Beanstandungen und dieser mehrere Punkte treffenden Kritik scheint es, als ob mein Lob

der Dobrick'schen Gedanken eitel Mache und Geschmackskorrigens gewesen sei. Da drängt es mich zum Schluß, diese irrtümliche Ansicht des Lesers beizeiten zu unterdrücken. Der Dobrick'sche Aufsatz enthält manches wahre, treffende Wort. Ich habe nur hervorgehoben die Punkte, wo ich anderer Ansicht bin, vor allem die, wo ich fürchtete, daß der Dobrick'sche Pessimismus bei dem praktischen Irrenarzte seines wissenschaftlichen Nichts durchbohrende Gefühle auslösen könnte; denn ein Fonds von Optimismus muß als Sauerteig für die Schaffensfreude bleiben, die sonst nicht aufzugehen vermag. Nicht hervorgehoben aber habe ich der Kürze halber all die Punkte, in denen ich im Stillen bei mir ein „Bravo", ein „Sehr richtig" usw. sprach, als ich den Aufsatz las.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. X.

Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Schluß.)

§ 411.

Es steht im pflichtmäßigen Ermessen des Gerichts, ob es mündliche oder schriftliche Begutachtung anordnen und ob es bei angeordneter schriftlicher Begutachtung den Sachverständigen zur Erläuterung des Gutachtens noch mündlich hören will. Ein Recht auf letzteres haben die Parteien nicht. (RG. III, 8. April 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2862.

§ 412.

Bringt eine Partei gegen ein Gutachten ohne förmliche Ablehnung lediglich vor, daß der Sachverständige entgegen seiner Versicherung in Geschäftsverbindung mit der Gegenpartei stehe, so bedarf es weder einer Beweisaufnahme über diesen Punkt noch der Einholung eines Obergutachtens, wenn das Gutachten erschöpfend ist.

Die Klägerin hat ihre Behauptungen allerdings trotz der bestimmten gegenteiligen Versicherung des Sachverständigen aufrecht erhalten; aber sie hat ihn nicht abgelehnt (§ 406 Abs. 2 ZPO.), sondern nur die Vernehmung eines Obergutachters in Antrag gebracht. Damit gab sie zu erkennen, daß sie das Gutachten an sich als Beweismittel gelten lassen wollte. Wenn das KG. unter diesen Umständen den Beweisantrag über die angeblichen Beziehungen des Sachverständigen zur Gegenpartei als erledigt ansah, so liegt darin kein Verstoß gegen Vorschriften des Verfahrens, insbesondere § 286 ZPO. Zur Vernehmung eines Obergutachters wäre das Gericht aber nur dann verpflichtet gewesen, wenn es das Gutachten für ungenügend gehalten hätte (§ 412); dieser Fall lag jedoch nicht vor, da das Gericht jenes Gutachten für erschöpfend und überzeugend erachtete. (RG. VII, 22. März 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3378.

§ 445.

Ob eine Person an Verfolgungswahnsinn leidet, ist ein juristisch und medizinisch sehr schwieriges Urteil, über das ein Eid nicht auferlegt werden darf.

Fraglich kann schon sein, ob als Tatsache im Sinne von §§ 445, 451 ZPO. die „Geisteskrankheit" einer dritten Person anzusehen ist. Es wird auf die Art der Geisteskrankheit und ihre Erscheinungsform ankommen, ob der Laie die Krankheit zu erkennen und zu beurteilen vermag. Im Einzelfalle mag die sinnliche Wahrnehmung äußerer Merkmale der Krankheit in Verbindung mit der gewöhnlichen Lebenserfahrung ausreichen, um die schwurpflichtige Partei für das entsprechende Tatsachenurteil zu befähigen; nötigenfalls müßte das Eidesthema durch Angabe konkreter, Gegenstand der Wahrnehmung gewordener Tatsachen näher präzisiert werden. Nun soll aber hier der Beklagte beschwören, daß er den Verfolgungswahnsinn des S. nicht gekannt habe; hiergegen verwahrt er sich mit Recht. Es handelt sich dabei um eine besondere Art von Geisteskrankheit, deren Begriff und Erscheinungsformen, selbst wenn sie von der Irrenheilkunde bestimmt festgestellt und abgegrenzt sein sollten, doch keinenfalls dem Laien so geläufig und leicht erkennbar sind, daß ihm ein Eid hierüber zugemutet werden könnte. (RG. VI, 25. April 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2390.

§ 664.

Stirbt der Entmündigte während des Anfechtungsprozesses, so ist der Rechtsstreit erledigt, außer es handelt sich nur noch um ein unzulässiges Rechtsmittel.

In Frage kam, ob mit Rücksicht auf den während der Revisionsinstanz eingetretenen Tod des Klägers dem Antrage der Oberreichsanwaltschaft entsprechend der Rechtsstreit in der Hauptsache für erledigt zu erklären war. Das auf Abweisung der Anfechtungsklage lautende Urteil des LG. hatte der Kläger bei

Lebzeiten nur mit Berufungen angefochten, die wirkungslos waren. Die Verwerfung dieser Berufungen wird durch das gegenwärtige reichsgerichtliche Urteil aufrecht erhalten.

Als der Kläger am 2. Juni 1909 starb, war die Möglichkeit, unter Wahrung aller Förmlichkeiten eine nochmalige Berufung einzulegen, schon deshalb fortgefallen, weil der Kläger keinem seiner beiden Gegner gegenüber die Frist des § 516 Abs. 1 ZPO. noch hätte einhalten können. Bei dieser Sachlage muß es bei der Abweisung der Anfechtungsklage und damit bei der Aufrechterhaltung des Entmündigungsbeschlusses auch dann verbleiben, wenn mit der Mehrheit der Schriftsteller (vgl. Gaupp-Stein zu § 664 Erl. V bei Fußnote 29) davon auszugehen ist, daß der Tod des Entmündigten während der Anhängigkeit des Anfechtungsprozesses die gleiche Folge hat, wie der Tod einer Prozeßpartei in Ehe- und Familienstandssachen (§§ 628, 640). (RG. IV, 11. Juli 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 3051.

§ 664.

Im Anfechtungsprozeß kommen prozessuale Mängel des amtsgerichtlichen Entmündigungsverfahrens nicht in Betracht.

Da der Anfechtungsprozeß sich nur mit der Frage zu beschäftigen hat, ob der vom Amtsrichter erlassene Entmündigungsbeschluß materiell gerechtfertigt sei, so kommen etwaige prozessuale Mängel des Entmündigungsverfahrens von vornherein hier nicht in Betracht. Dies gilt in erhöhtem Maße von den Vorgängen, die seinerzeit zur Einleitung des Entmündigungsverfahrens geführt haben. (RG. IV, 25. und 30. Juni und 4. Juli 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2869.

VI. Versicherungsrecht.

Dem Falle der physischen Unmöglichkeit, innerhalb einer bestimmten Frist die Unfallanzeige zu erstatten, ist der Fall gleichzustellen, wo es dem Verletzten unmöglich ist, zu erkennen, daß die aufgetretenen Gesundheitsstörungen mit einem Unfall im Zusammenhange stehen.

Der Verletzte hat an dem Tage des Fristablaufs den Augenarzt Dr. F. aufgesucht, dieser hat ihm gesagt, die Kopfschmerzen rührten nicht von dem Stoße her, sondern wären neuralgischer Natur. Wenn nun auch der Verletzte vor diesem Tage mit der Möglichkeit des Kausalzusammenhanges gerechnet hat, so kann doch die vorher bestehende Verpflichtung zur Anzeige durch Umstände, die während des Fristlaufes eintreten, insbesondere durch eine Änderung der Auffassung der Verletzten, wieder beseitigt werden. Auch wenn der Verletzte erst am letzten Tage der Frist, entgegen seiner bisherigen Auffassung, die Überzeugung erlangte, daß sein Leiden mit dem Unfall in keinem Zusammenhange stehe, so lag ein Fall der unverschuldeten Verhinderung vor. Die Tatsache, daß der Verletzte früher eine andere Auffassung gehabt hatte, kann zwar für die Frage von Wichtigkeit sein, ob die Diagnose des Dr. F. geeignet war, ihm die feste Überzeugung vom Gegenteil zu verschaffen; wird diese Frage aber bejaht, so kommt die frühere Auffassung nicht mehr in Betracht. (RG. VII, 19. November 1909.)

D. R. Entsch. Nr. 215.

Ist nach den Versicherungsbedingungen als Unfall jede unfreiwillige und unabhängig von dem Willen des Verletzten erlittene, durch eine plötzliche, äußere, gewaltsame, mechanische Einwirkung hervorgerufene Körperverletzung zu verstehen, so liegt ein unter die Versicherung fallender Unfall nicht vor, wenn der Versicherte als Angestellter einer chemischen Fabrik infolge der beim regelmäßigen Betrieb der Fabrik entstandenen giftigen Dämpfe sich eine zum Tode führende Krankheit zugezogen hat. (Karlsruhe, 7. Juni 1909.) D. R. Entsch. Nr. 2723.

Die Policenbestimmung, daß der Lebensversicherungsvertrag „unverbindlich ist, wenn der Versicherte an Säuferwahnsinn gelitten hat oder in Morphiumsucht, Kokainsucht oder ähnliche gesundheitschädliche Gewohnheiten verfällt oder deshalb in ärztlicher Behandlung gewesen ist“, braucht nicht dahin ausgelegt zu werden, daß die genannten Umstände die Todesursache gebildet haben, oder daß der Vertrag nur dann unverbindlich sein soll, wenn der Säuferwahnsinn bereits zur Zeit des Vertragsabschlusses bestanden hat.

Im Gegenteil erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß der abwechselnde Gebrauch der Vergangenheitsform und der Gegenwartsform lediglich auf eine Mangelhaftigkeit im Ausdruck, nicht aber auf den Willen, eine sachliche Unterscheidung zwischen Säuferwahnsinn einerseits und der Morphium- und Kokainsucht anderseits zu machen, zurückzuführen ist, um so mehr, als es in der Überschrift heißt: „Bestimmung der Fälle, in denen der Versicherungsvertrag unverbindlich wird.“ (RG. VII, 30. September 1910.) D. R. Entsch. Nr. 3837.

VII. Gebührenordnung.

§ 2.

Ein vorgeladener Sachverständiger oder Zeuge darf über die Zwischenzeit zwischen dem Empfange der Ladung und dem Termine beliebig verfügen. Er ist auch nicht verpflichtet, der vorladenden Be-

hörde mit Rücksicht auf eine mögliche Abbestellung Anzeige von seinem jedesmaligen Aufenthaltsorte außerhalb seines Wohnsitzes zu machen oder Vorkehrungen zu treffen, daß eine Abbestellung ihn an solchem Aufenthaltsorte trifft, ist daher auch befugt, aus Bequemlichkeit oder sonstigen Gründen die Reise nach dem Terminsorte schon früher als für das rechtzeitige Eintreffen erforderlich anzutreten und zur Erhebung der ihm zustehenden Gebühren berechtigt, wenn ihn wegen vorzeitiger Abreise eine Abbestellung nicht vorher erreicht hat. (Celle, 23. Juni 1905.)

Jahrb. pag. 240.

§ 16.

Stirbt der Sachverständige, so erlischt der Anspruch der Erben binnen drei Monaten nach dem Tode. (KG., 28. Mai 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3643.

VIII. Gewerbeordnung.

§ 30.

Eine als „Pensionat für ältere Zurückgebliebene“ bezeichnete Anstalt, in welcher sich hauptsächlich dem schulpflichtigen Alter entwachsene, schwachsinnige und epileptische Personen befinden und ständig überwacht werden, ist, selbst wenn diese Personen auch zu geregelter Beschäftigung angehalten und in gewissen Fächern unterrichtet werden, nicht als Lehr- und Erziehungsanstalt, sondern als Privatkrankenanstalt anzusehen. (Dresden, 12. Dezember 1907.)

Jahrb. pag. 283.

IX. Invalidenversicherungsgesetz.

§ 116 Abs. 3.

Die Bestellung eines Pflegers gemäß § 1910 Abs. 2 BGB. berührt an sich die Geschäftsfähigkeit des Pfleglings nicht; gleichwohl kann in einem solchen Falle Anlaß zu einer Prüfung der Geschäftsfähigkeit für die Rentenfeststellungsinstanzen vorliegen. Die Nichtzuziehung des Pflegers zum Verfahren stellt dann einen wesentlichen Verfahrensmangel dar. (RVA., 20. April 1910.)

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, Stuttgart.

Aus allen Teilen Deutschlands hatten sich zahlreiche Psychiater eingefunden, die sich zum Teil schon am Vorabend beim Bier — soweit sie nicht vollabstinent waren — im Hotel Royal versammelten. Die Leitung der Verhandlungen lag in der Hand von Moeli (Berlin). Die Vorbereitungen hatte der Ortsausschuß getroffen, der sich aus den Herren Med.-Rat Camerer (Stuttgart), San.-Rat Fauser (Stuttgart), Med.-Rat Kreuser (Winnental) und Prof. Gaupp (Tübingen) zusammensetzte. Nach Eröffnung der Verhandlungen mit geschäftlichen Mitteilungen begrüßte zunächst Präsident v. Nestle namens der württemb. Regierung und des Medizinalkollegiums die Versammlung. Er hob hervor, daß auch in Württemberg die Fürsorge für die Geisteskranken noch große Aufgaben zu erfüllen habe und wies auf einen zur Verteilung gelangten Aufsatz von Med.-Rat Camerer, des Referenten im Medizinalkollegium für Psychiatrie. hin, in welchem die Entwicklung der Irrenfürsorge in Württemberg dargestellt ist. Namens der Stadtverwaltung Stuttgart begrüßte Gemeinderat Klein die Versammlung, als „Hausherr“ Prof. Dr. Koch vom Physikalischen Institut, zugleich für die Technische Hochschule.

Nachdem der Vorsitzende den Dank der Versammlung für die Begrüßungen ausgesprochen hatte, besprach Siemens (Lauenburg i. P.) als Vorsitzender der Standeskommission einen Antrag dieser Kommission auf Einrichtung einer Rechtschutz- und Pressekommission, welche aus den beiden Berliner Verbandsmitgliedern und zwei anderen Berliner Vereinsmitgliedern bestehen uud nach Bedarf zusammentreten sollte. Die Kosten für die baren Auslagen der Kommissionsmitglieder, für die Abonnements auf Zeitungsausschnitte und für die vielleicht nötig werdende Inanspruchnahme eines Rechtsanwaltes sollte die Vereinskasse tragen.

Siemens kam selbst zu dem auch vom Vorstand einstimmig erteilten Rat, man möge den Antrag ablehnen. Aufgabe der Standeskommission soll es sein, wo offensichtliche Mißverständnisse in der Presse vorliegen, durch Belehrung aufklärend zu wirken.

Die Versammlung schließt sich dieser Ansicht an und lehnt den Antrag der Standeskommission ab.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffneten Kraepelin (München) und Sommer (Gießen) mit Referaten über „Psychologische Untersuchungsmethoden“.

Kraepelin weist darauf hin, daß eine wissenschaftliche psychologische Untersuchung von Geisteskranken erst durch die Ausbildung einer experimentellen Psychologie möglich geworden, daß sie aber dennoch genötigt sei, ihre eigenen Wege zu gehen. Zunächst hat sie von wesentlich anderen Fragestellungen auszugehen, wie sie ihr durch die besonderen Bedürfnisse der Klinik vorgeschrieben werden. Sodann ist sie genötigt, mit vereinfachten Methoden zu arbeiten, die aber keine rohen sein dürfen. Viel-

mehr muß jedes Verfahren, das am Krankenbette brauchbare Ergebnisse liefern soll, vorher im Laboratorium mit allen Hilfsmitteln der wissenschaftlichen Technik und Methodik durchgearbeitet und erst dann derart vereinfacht werden, daß die Einbuße an Genauigkeit im einzelnen durch den Gewinn an praktischer Verwendbarkeit voll aufgewogen wird. Endlich bedarf die Klinik zur Verwertung der Untersuchungsergebnisse einer vorherigen Feststellung der Gesundheitsbreite; es müssen Massenuntersuchungen an gesunden Personen angestellt werden, um aus ihnen einen Maßstab für die Beurteilung des Krankhaften zu gewinnen. Als Aufgabe, die auf diesen Grundlagen zu lösen wäre, ergibt sich zunächst die möglichst allseitige Untersuchung des einzelnen Falles, die Aufnahme eines psychischen Status präsens, entsprechend dem Verfahren auf körperlichen Gebieten. Leider ist die Durchführung dieser Arbeit vorderhand gänzlich unmöglich. Uns fehlen heute nicht nur für eine Reihe der wichtigsten Seelengebiete brauchbare Methoden, sondern auch dort, wo wir über solche verfügen, ist ihre Anwendung so zeitraubend und mühsam, daß an eine allseitige, befriedigende Untersuchung von Kranken in irgend größerem Maßstabe nicht zu denken ist. Endlich aber eignet sich überhaupt nur ein verhältnismäßig kleiner Teil unserer Kranken für umfassendere Prüfungen. Die Hauptaufgabe der psychologischen Methoden wird daher in der wissenschaftlichen Erforschung der Krankheitsbilder zu suchen sein. Einmal wird die zahlenmäßige Ermittlung und Umgrenzung von Störungen auf diesen oder jenen Gebieten, der Vergleich verschiedener Krankheitszustände, die Verfolgung der Entwicklung und des Schwindens von Krankheitserscheinungen in Betracht kommen. Sodann wird es sich um die Untersuchung des psychologischen Aufbaues der einzelnen Zustandsbilder handeln, um die Feststellung der sie zusammensetzenden Teilstörungen. Endlich kann auch die vergleichende psychologische Analyse solcher Krankheitszeichen in Angriff genommen werden, die trotz äußerer Ähnlichkeit doch eine verschiedene Entstehungsgeschichte und damit auch klinische Bedeutung besitzen. Auf diese Weise kann es gelingen, an manchen Punkten über die äußere Erscheinungsform hinaus in die wirklichen Grundstörungen einzudringen und damit auch für den einzelnen Fall diagnostische und prognostische Anhaltspunkte zu gewinnen.

Indessen, mit diesen Leistungen ist die Bedeutung des psychologischen Versuches für die Psychiatrie noch nicht erschöpft. Ihm fällt vor allem die wichtige Aufgabe zu, auf dem großen Zwischengebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit die Grenzen abzustecken, auf dem wir es nicht mit qualitativen, sondern nur mit quantitativen Abstufungen zu tun haben. Die Kennzeichnung der Psychopathen wird in befriedigender Weise nur durch Verfahren geschehen können, die Maßbestimmungen ermöglichen. Das ist um so leichter durchführbar, als gerade hier die persönlichen Schwierigkeiten der Untersuchung nur geringe sind. Insbesondere wird die psychologische Untersuchung krankhaft veranlagter Kinder geeignet sein, die Anhaltspunkte für eine vorbeugende Erziehung zu liefern. Das zweite psychologische Forschungsgebiet, das für die Psychiatrie hervorragende Wichtigkeit gewonnen hat, ist die Erzeugung künstlicher Geistesstörungen. Die messende Verfolgung aller jener Abweichungen, die wir durch körperliche und geistige Anstrengung, durch Nahrungsentziehung, durch Nachtwachen und viele ähnliche Einwirkungen, namentlich aber durch Gifte, erzeugen können, gibt die wertvollsten Aufschlüsse über die ersten, leisen Erschütterungen des seelischen Gleichgewichts, die unter Umständen, wie beim Rausche, beim Alkoholismus, Morphinismus die Einleitung wirklicher Geistesstörungen bilden können. Die auf diese Weise erzeugten klinischen Bilder setzen sich, ganz wie die Geisteskrankheiten selbst, zwar immer aus denselben Störungen zusammen, aber in stets wechselnder und für jede Art der Einwirkung kennzeichnender Form. Sie lehren uns, daß es keine pathognomonischen Krankheitszeichen, wohl aber pathognomonische Krankheitsbilder gibt, und daß deren Aufbau durch die einwirkenden Ursachen bestimmt wird. Die einzelnen Gewebe und Mechanismen unseres Gehirns antworten auf Schädigungen immer in entsprechender Weise, aber der Angriffspunkt und die Ausbreitung der Schädigungen selbst ist überall verschieden. Gerade die Zergliederung der Krankheitsbilder mit Hilfe des psychologischen Versuches wird uns somit vielleicht einmal ermöglichen, den Anschluß der Klinik an die topographische Rindenhistopathologie zu finden und damit der Lösung unserer letzten und schwierigsten wissenschaftlichen Aufgabe näher zu kommen, der Verknüpfung klinischer Krankheitserscheinungen mit krankhaften Hirnrindenveränderungen nicht nur bestimmter Art, sondern auch bestimmter Lokalisation.

Sommer beschränkt sein Referat auf die neueren Untersuchungsmethoden, die seit etwa 1900 in Aufnahme gekommen sind. Dieselben zerfallen in I. die psychologischen Untersuchungsmethoden:

1. optischer Erscheinungen (Photographische Technik, Kinematographie, Stereoskopie),

2. der Ausdrucksbewegungen (Dynamometrie, Physiognomik), des Sprachvorgangs (Lippen-, Stimmbandbewegung, Flüstersprache, phonographische Methodik), der Körperhaltung. Vasomotorische Vorgänge. Atmung sekretorischer Vorgänge. Hautelektrischer Erscheinungen.

3. Untersuchung der Reflexe (Kniephänomen, Pupillenreflex, psychische Reflexe).

Ferner erörtert S. die Einrichtungen psychologischer Laboratorien und die rein psychologischen Untersuchungen (Sprache, Schrift, Orientiertheit, Schulkenntnisse, Gedächtnis etc.).

Im einzelnen bespricht S. die von Westphal und ihm weitergebildete kinematographische Methode. Die stereoskopische Projektion hat S. durch einen einfachen kleinen Apparat ermöglicht. Bei den Ausdrucksbewegungen weist S. auf die Beziehungen zwischen Ergographie und Dynamometrie und die Vorzüge des Weilerschen Apparats hin. Bei den

physiognomischen Untersuchungen hat Klett die vom Vortr. inaugurierte Untersuchung der Stirnmuskel durch Konstruktion eines einfachen Apparats fortgeführt. Die Untersuchung der Augenmuskelbewegungen auf optischem Wege ist von dem Amerikaner Dodge ausgebildet worden. Der experimentellen Untersuchung des Lachens hat Vortr. seine Aufmerksamkeit zugewandt. Die Analyse des Sprachvorgangs führte nach der Untersuchung der Lippen-, Zungen- und Gaumenbewegung auch zur Beachtung der Kinnbewegungen, auch die Beobachtung der Stimmbandbewegung wurde u. a. von Frank, Seemann, Rousselot und von Felix Krüger weiter ausgebildet. Die Registrierung der Flüstersprache ist Garten durch Photographieren von reflektierenden Stahlspänen gelungen, die er auf Seifenmembranen streute.

Die phonographische Methode, die Vortr. vor zirka zehn Jahren in die Psychiatrie einführte, hat ihre Bedeutung behalten, daneben aber kommt aus technischen Gründen noch immer die stenographische Aufzeichnung in Betracht. Die dreidimensionale Aufzeichnung der Haltung ist von Ermes, Alber, v. Leupoldt, Becker u. a. gefördert, diejenige der Schrift im Kösterschen Atlas dargestellt worden. Bei der übrigen graphologischen Untersuchung ist viel Kritik und Skepsis am Platze. Anerkennenswert sind die Methoden von Isserlin, Pfuhl.

Von vasomotorischen Vorgängen kommt die Herzaktion, der Puls und die peripheren vasomotorischen Erscheinungen (spez. des Gesichts) in Betracht. Vortr. demonstriert einen Apparat, der die Pulswelle in eine fortlaufende Reihe von Tonschwankungen umsetzt. Lilienstein hat eine Dauerkontrolle der Herzaktion durch Konstruktion eines entsprechenden Mikrophons neuerdings ermöglicht. Die plethysmographischen Methoden (Lehmann, Brodmann) sind noch mit Fehlerquellen behaftet, aber unter kritischer Vorsicht verwendbar (Martius). Der Patrizische Handschuh zeigt den Einfluß von Muskelkontraktionen auf den Plethysmographen. Mit der Weiterführung der Marbeschen Anordnung der rußenden Flamme zu Registrierzwecken stehen vielleicht Resultate zu erwarten. Die sekretorischen Vorgänge werden nach dem Vorgange von Pawlow zu experimentell psychologischen Untersuchungen benutzt und bieten der Erforschung der nervösen Funktionsstörung noch ein großes Feld.

Bei den hautelektrischen Methoden erwähnt S. den Veraguthschen psychogalvanischen Reflex und die Arbeit von Albrecht und demonstriert die eigene Anordnung zum Nachweis der hautelektrischen Erscheinungen an den Händen (speziell an den Fingerspitzen), ebenso einen neuen Apparat zur Feststellung von Spannung und Stromstärke in einem von einem elektrischen Strom durchflossenen Körperteil. Die Untersuchung des Kniephänomens ist nach der technischen Anordnung durch den Vortr. von Weiler und Pfahl weiter bearbeitet worden. Auch die Methoden von Dodge, Goldblatt und Berliner werden hier erwähnt.

Bei der Untersuchung der Pupillenreflexe ist prinzipiell erforderlich: 1. die Lichtwerte, mit denen man den Augenhintergrund beeinflußt, zu bestimmen, 2. die reflektorisch erzeugte Pupillenweite zu bestimmen, 3. die zeitliche Messung des Reflexes. Arbeiten von Schäfer, Weiler, Bumke nach den früheren Studien Sommers. Um die Konstruktion von Apparaten für die Untersuchung von psychischen Reflexen haben sich Ranschburg, Liepmann, Hackländer, Hempel, Schumann, Netschajew bemüht.

Zusammenfassende Arbeiten über die optischen Reize liegen von Bostroem, v. Leupoldt und Reiß vor.

Die Methodik der akustischen Reize bedarf noch der Verbesserung durch genaue Meßbarkeit der Schallreize.

S. schlägt in Analogie zu seinem Kniereflexhammer ein Schallpendel vor, dessen Ausschlagskraft durch die verschiedene Höhe der Exkursion variiert wird. Die taktil-motorischen Reaktionen werden nach dem Prinzip des Ästhesiometer ausgelöst. Die olfaktorischen Reize sind von Zwaardemaker behandelt worden.

S. geht dann auf technische Details der Laboratoriumseinrichtung ein und verweist auf die Apparatensammlung der Gesellschaft für experimentelle Psychologie. Die Apparate können nach einer Betriebsordnung verliehen werden.

Im II. rein psychologischen Teil seines Referates führt S. folgendes aus: Die Untersuchung des Sprachvorgangs ist von Wernicke und Rieger gefördert worden. Die systematische Anwendung von Untersuchungsbogen gestatte jetzt wirkliche Verwirrtheit von scheinbarer zu unterscheiden. Die Störungen der Orientiertheit können jetzt meist auf bestimmte Grundkrankheiten (Katatonie, Paralyse, Schwachsinn, Epilepsie) zurückgeführt werden. Für die Untersuchung der Schulkenntnisse sind verschiedene Fragebogen aufgestellt worden. Für Gedächtnisuntersuchungen ist das Manometer von Ranschburg und der Apparat von Wirth wertvoll. Die Untersuchungen der Aussagen vor Gericht haben Stern und Römer gefördert. Bezüglich der Intelligenzprüfungen verweist S. auf die Arbeiten der Würzburger Schule und diejenigen von Ebbinghaus und Ziehen.

Bei der Besprechung der Vorstellungskomplexe und der Psychoanalyse hält S. nur die dogmatische einseitige Hervorhebung der sexuellen Komplexe für falsch. In vielen Fällen stellt z. B. traumatisch entstehender Schmerz und Schreck das Kernsymptom dar.

Die Frage der Heredität ist durch das Studium der Genealogie (Lorenz) nicht nur der männlichen Aszendenten gefördert worden. Von Sommer wurde die Aufzeichnung von Ahnentafeln durch Einführung von symbolischen Zeichen und eines übersichtlichen „Ahnenrings" erleichtert.

S. bespricht die notwendige Kritik der mystischen Richtungen, Clairvoyance, Gedankenlesen (Marbe, Kotik), Fausse reconnaissance, böser Blick (Seligmann), Zauberei und Aberglaube (Lehmann).

Bezüglich der Tierpsychologie verweist S. auf Edinger und Claparède. —

Weiler (München): Eine neue Methode, die Auffassungs- und Merkfähigkeit rasch und sicher zu messen. —

Sodann demonstriert Wetzel (Heidelberg) nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Anschauungen, die speziell von Sommer (Gießen) und Albrecht (Graz) hinsichtlich des Zustandekommens der Stromschwankungen, die das Wesen des psychogalvanischen Reflexphänomens bilden, neuerdings geäußert worden sind, eine Methode für die graphische Darstellung der Ausschläge des Spiegelgalvanometers.

Das Prinzip besteht darin, daß die Exkursionen des Lichtpunktes auf der Skala mittels Reaktionstastern und Deprez auf die Kymographentrommel übertragen werden. Gleichzeitig wird die Zeit in $^1/_5$ Sekunden und auf einer dritten Linie die unter Umständen angewandten akustischen etc. Reize, ihr Eintritt und ihre Dauer registriert.

Die Benutzung des Reaktionstasters zur Markierung des Momentes, in dem die Schattenlinie im Lichtpunkt einen Skalenstrich überschreitet, hat den Vorteil, daß die Fehlerquellen der subjektiven Ablese- und Registriermethoden auf den Einfluß der persönlichen Gleichung beschränkt wird.

Die Anwendung einer doppelten, verschiedenartig funktionierenden Aufzeichnung läßt kleine, langsame und große, rasche Ausschläge gleichmäßig messen.

Es empfiehlt sich, die Versuchsperson nicht im selben Zimmer mit den Apparaten unterzubringen.

Die erste Vormittagssitzung schloß mit einem zu kurzem Referat nicht geeigneten Vortrag von Berliner (Gießen): Über klinische Studien über die Reflexzeit des Kniephänomens.

In der Nachmittagssitzung zeigte zuerst Dr. Lilienstein (Bad Nauheim) ein neues von ihm konstruiertes Mikrophonstethoskop, das wie es scheint, sehr brauchbar ist. Es hat den Namen „Kardiophon" erhalten.

Sodann erstattete Prof. Bonhöffer (Breslau) das Referat über die Frage: „Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind."

Die ältere Psychiatrie hat in den psychischen Ursachen das wichtigste ätiologische Moment für die Entwicklung von Geisteskrankheiten erblickt. Allmählich hat vor allem unter dem Einfluß der Möbiusschen Hysteriearbeiten die Auffassung Platz gegriffen, daß eine konstante ursächliche Bedeutung den psychischen Faktoren nur bei der Hysterie zukommt.

Eine Schwierigkeit für die Behandlung der vom Vorstand gestellten Frage erblickt Vortragender in der Unsicherheit des Hysteriebegriffes. Weder die Auffassung, die das Wesentliche der Hysterie in den körperlichen Stigmen, noch die es in der Temperamentsanomalie erblickt, gibt eine zufriedenstellende Abgrenzung, sobald man das Gebiet der übrigen Entartungszustände überblickt. Hysterische Stigmen finden sich bei recht verschiedenen Prozessen, das hysterische Temperament erlaubt keine scharfe Trennung von den Degenerationszuständen der Instabilität, erethischen Imbezillität, epileptoiden Entartung. Vortr. glaubt, daß man bei der Definition des hysterischen Typus mit dem Begriff der Suggestibilität, Emotivität und Neigung zur Abspaltung von Bewußtseinskomplexen nicht auskommt. Man bedarf der Einstellung eines Willensfaktors, der in der Krankheitsdarstellung durchscheint.

Wenn man unter psychogenen Zuständen und Erkrankungen solche versteht, die der Regel nach durch emotionelle Vorstellungen verursacht werden, so ist es nicht zweifelhaft, daß es auch außerhalb der Hysterie psychogene Zustandsbilder und Erkrankungen gibt.

Vortr. bespricht zunächst die Wirkung der plötzlich auftretenden Vorstellung schwerster Lebensbedrohung, wie sie sich z. B. in großem Maßstabe bei Erdbeben studieren läßt. Die Katastrophe von Messina hat gelehrt, daß die Schreckemotion zur Alteration des Vasomotoriums führt in graduell sehr verschiedener Ausbildung. Es finden sich Zustände, die nach ihrer Schwere durchaus organischen Hirnalterationen gleichzusetzen sind, und in besonderer Häufigkeit leichtere, die dem Bilde der Herz- und vasomotorischen Neurose entsprechen.

Besonders bemerkenswert ist an den Beobachtungen in Messina, daß die Schreckemotion für sich allein nicht zur Hysterie führt.

Es scheint, daß dieser vasomotorisch-neurotische psychogene Komplex anscheinend auf dem Boden normaler psychischer Beschaffenheit sich entwickeln kann.

Alle anderen psychogenen Symptomenkomplexe haben eine psychopathische Anlage zur Voraussetzung. Man kann sagen, die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ist ein Kriterium einer degenerativen Anlage.

Vortr. unterscheidet je nach dem Boden der Entartung zwei Haupttypen psychogener Erkrankungen. Die erste Gruppe wird von den psychogenen Zuständen gebildet, bei denen das psychogene psychot. Zustandsbild lediglich eine Steigerung einer bestimmten affektiven Anlage bedeutet. Bei der zweiten Gruppe steht das psychotische Bild der ursprünglichen psychopathischen Konstitution selbständiger gegenüber.

Als erste Gruppe schildert Vortr. die reaktiven Depressionen der konstitutionell depressiven Individuen Die Depressionen treten immer anschließend an depressive Erlebnisse auf und werden von diesen inhaltlich und unter Umständen auch im Verlauf bestimmt. Seltener sind reaktive Hypomanien der entsprechend konstitutionell veranlagten.

Eine verbreitete Gruppe psychogener nichthysterischer Erkrankungen sind die auf dem Boden überwertiger Ideen erwachsenen paranoischen Prozesse. Hier handelt es sich um fortschreitende paranoische Wahnprozesse mit Beziehungswahn im Sinne der dominierenden Idee mit positiven und negativen Erinnerungsfälschungen bei Individuen von ab ovo abnormer Affektreaktion. Prädilektionsorte für den Ausbruch solcher psychotischer Steigerungen sind die Situationen mit vielen Konfliktsmöglichkeiten. Be-

amtenlaufbahn, Gefängnis, Rentenverfahren. Die Herausnahme aus der Situation bringt den Krankheitsprozeß zum Stillstand.

Diese paranoische Reaktion steht der normalen Denkrichtung, insbesondere der der Unkultivierten sehr nahe, und es sind deshalb die Bedingungen zur induktiven Entwicklung solcher Zustände sehr günstig. Das induktive Irresein ist ein exquisit psychogener Krankheitsprozeß.

Die zweite Gruppe, die psychogenen Zustandsbilder und Erkrankungen, die der ursprünglichen Persönlichkeit unvermittelter gegenüberstehen, finden sich vor allem bei den instablen Degenerierten und den Individuen von epileptoider Entartung.

Vortr. bespricht zunächst die reaktiv epileptischen Zufälle (affektepileptischen Anfälle von Braatz), eigentlich epileptischen Anfälle, Dämmerzustände, poriomanische Attacken psychogener Entstehung.

Auf demselben Boden erwachsen paranoisch-halluzinatorische Psychosen [einfach paranoide Entartung der Degenerierten (Bonhoeffer), halluzinatorische Entartungsformen bei Gefangenen (Sieferts)]. Gegenüber den paranoischen querulatorischen Formen auf dem Boden überwertiger Ideen stehen hier akustische Sinnestäuschungen, traumhafte Erlebnisse und ängstlicher Beziehungswahn im Vordergrund. Auch hier zeigt sich die Psychogenie in der Art der Entwicklung, wie in dem Stillstand des Prozesses nach der Herausnahme aus dem schädigenden Milieu. Es können bei dieser Erkrankung bestehen differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber progredienten Psychosen.

Die eigentlich haftpsychotischen Komplexe, die Ganserschen Dämmerzustände, die psychogenen Pseudodemenzen, die hysterischen Stuporzustände Räckes, gewisse katatonisch aussehende Bilder, die Fälle von labilem Persönlichkeitsbewußtsein mit autosuggestiven pseudologischen Größenideen werden nach dem Vortragenden am besten der Hysterie subsumiert, weil diese Zufälle in ausgesprochener Weise eine Wunscherfüllung ausdrücken. Der Wunsch für geisteskrank zu gelten, oft verbunden mit anderen Wunschvorstellungen, schwingt hier im Bewußtsein mit und bringt diese Zufälle in enge Verbindung mit dem, was man sonst als hysterischen Typus bezeichnet.

(Fortsetzung folgt).

Mitteilungen.

— **Hirnforschungsinstitute und Hirnmuseen.** Über diesen wichtigen Gegenstand erstattete Prof. v. Monakow, Zürich, bei der V. Versammlung der schweiz. neurologischen Gesellschaft in Aarau, 29. und 30. April 1911 einen Bericht. Seine Ausführungen lauteten im Resumé:

Das Zentralnervensystem ist in den letzten Dezennien in so ausgedehntem Umfange und von so verschiedenen Gesichtspunkten und Forschungsrichtungen aus bearbeitet worden, daß es seit Jahren nur wenigen Fachgelehrten möglich ist, den Gesamterwerb auf diesem Gebiete zu übersehen, und niemandem, die Einzelheiten zu beherrschen. Auf der andern Seite nimmt die Bedeutung der Hirnlehre für die anderen medizinischen Disziplinen fortgesetzt zu, auch wächst das allgemeine Interesse für hirnanatomische und -physiologische Fragen, selbst in Kreisen, die solchen früher fremd gegenüber standen. (Vertreter der experimentellen Psychologie, der Kriminalanthropologie, Juristen, Pädagogen etc.)

Da bei der Fülle und fortgesetzten Anhäufung des Stoffes, dann bei der Zersplitterung der Literatur, eine Trennung des Wichtigen vom Unwichtigen resp. eine zusammenhängende kritische Darstellung des wirklich Wissenswerten von Jahr zu Jahr schwieriger wird, so fragt man sich nicht ohne Sorge: wie wird sich wohl die weitere Zukunft des neurologischen Unterrichtes und vor allem der Hirnforschung gestalten?

Die Ursachen der seit Jahren bestehenden schwierigen Situation erblickt der Referent im Mangel jeder Organisation beim wissenschaftlichen Arbeiten, in der Verzweigtheit der Literatur, ganz besonders aber darin, daß Forschungs- und Lehrzwecken dienendes Material, auch solches, das früheren Autoren zu deren Arbeiten gedient hat, nur wenigen zugänglich ist und vor Untergang zu wenig geschützt wird, sodann, daß es auch heute noch an leicht erreichbaren zentralen Stätten mangelt, in denen der angehende Neurologe Gelegenheit fände, aus eigener Anschauung über alle Zweige und Forschungsrichtungen in der Hirnlehre im Zusammenhang sich zu unterrichten.

Auf solche und ähnliche Übelstände hatten schon vor mehr als 10 Jahren His, O. Vogt u. a. aufmerksam gemacht, auch wurden sie später Gegenstand lebhafter Erörterungen in den Versammlungen der internationalen Assoziation der Akademien. Es wurde in der Folge aus dem Schoße dieser bereits im Jahre 1901 eine Spezialkommission aus namhaften Hirnforschern der ganzen Welt bestellt (Brainkommission) und mit folgender Aufgabe betraut: „Es ist zu beraten eine nach einheitlichen Grundsätzen erfolgende Durchforschung, Sammlung und allgemeine Nutzbarmachung des auf die Hirnanatomie bezüglichen Materiales und dabei ausdrücklich die Schaffung besonderer Zentralinstitute in Erwägung zu ziehen, in denen die Methoden der Forschung entwickelt, das vorhandene Beobachtungsmaterial aufgespeichert und der allgemeinen Benützung der dabei interessierten Gelehrten zugänglich gemacht werden solle."

Die Brainkommission ging eifrig ans Werk, sie entwarf Statuten, in denen die Forderungen der Assoziationen der Akademien weitgehend berücksichtigt wurden und stellte im Jahre 1904 (in London) an die Assoziation den Antrag: die einzelnen — in jener vertretenen — Akademien und Gesellschaften sollen namens der Assoziation der Akademien bei

den betreffenden Landesregierungen beantragen, Spezialinstitute für die Erforschung des Zentralnervensystems zu gründen, soweit solche nicht vorhanden sind". Dieser Antrag wurde im Jahre 1906 (in Wien) angenommen. Es erfolgten dann angemessene Eingaben an die Regierungen, die von diesen im allgemeinen günstig aufgenommen wurden, resp. es wurden in verschiedenen Staaten zentrale Hirnforschungsinstitute teils neu gegründet, teils weiter ausgebaut. Gegenwärtig bestehen solche in Wien, Madrid, Leipzig, Frankfurt a. M., Philadelphia, Zürich, Petersburg, Amsterdam und Berlin. Gründungen ähnlicher Institute in anderen Ländern (Italien, England) stehen in Aussicht.

Der Vortragende verbreitet sich über die nähere Organisation der Brainkommission und der interakademischen Institute, in deren Gründung er einen bedeutenden Fortschritt, ja eine teilweise Rettung der Hirnforschung aus der bisherigen unerquicklichen Situation erblickt. Die Institute suchen nicht etwa die Hirnforschung zu monopolisieren, sondern sie zu organisieren, resp. sie vor allzu großer Zersplitterung zu bewahren. Sie sollen die bestehenden Universitätsinstitute ergänzen, sie können aber auch ausschließlich der Forschung dienen.

Den Hirninstituten fallen folgende Aufgaben zu: Aufspeicherung und Zugänglichmachung von wissenschaftlichem Material (Präparate, Modelle, Photographien, Zeichnungen), technische Hilfeleistungen bei wissenschaftlichen Untersuchungen, Aufbewahrung von wertvollem experimentell-physiologisch und phatologisch-anatomisch bearbeitetem oder noch zu bearbeitendem Material, Bewältigung größerer, über die Kräfte einzelner hinausgehender Aufgaben, soweit solche zur Kooperation sich eignen, Ausarbeitung einer einheitlichen hirnanatomischen Nomenklatur, dann Benutzung einheitlicher Maße und Gewichte etc.

Die Hirnforschungsinstitute sind so organisiert, daß sie unter sich in Fühlung stehen, sich gegenseitig unterstützen, ihre Berichte und wissenschaftlichen Arbeiten austauschen usw.

So sind heute die ersten Wege angebahnt, um das Ziel einer kollektiven Hirnforschung im größeren Maßstab und auf internationaler Basis mit der Zeit zu realisieren und unser ganzes bisheriges Wissen über das Zentralnervensystem kritisch zu sichten und durchzuarbeiten. Referent weist, als langjähriger Leiter des zur Organisation der interakademischen Hirninstitute gehörenden hirnanatomischen Institutes in Zürich, auf die enormen Vorteile hin, die nicht nur den Fachgelehrten, sondern auch den Praktikern aus solchen Institutionen erwachsen, und empfiehlt der Gesellschaft warm, derartige Unternehmungen in unserem Lande zu unterstützen. Er beantragt, es möge für die Schweiz aus dem Schoße der neurologischen Gesellschaft eine besondere Kommission niedergesetzt werden, die es sich angedeihen ließe, die Pflege der Hirnforschung im Sinne einer Gründung und Förderung von entsprechenden Instituten und eigentlichen Hirnmuseen, zu heben und auch die Frage einer Reform des neurologischen Unterrichtes anzubahnen.

— Im preußischen Abgeordnetenhause ist folgender Antrag der Zentrumsabgeordneten Dr. v. Savigny und Schmedding eingebracht worden: die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, zum Zwecke der Verbesserung der **Fürsorge für entlassene Geisteskranke** die Dotationsrenten der Provinzen unter der Verpflichtung zu erhöhen, a) durch geeignete Organisationen die Beobachtung der als geheilt entlassenen und die Überwachung und Pflege der als gebessert entlassenen Geisteskranken ausführen zu lassen, b) leistungschwachen Gemeinden für die Unterbringung und wirtschaftliche Unterstützung entlassener Geisteskranker Beihilfen zu gewähren.

Referate.

— Schleich, Karl Ludwig, Von der Seele. Essays. S. Fischers Verlag, Berlin. 334 S.

Von dem philosophischen Leitgedanken ausgehend, daß die treibende Kraft des Weltganzen an sich unerforschlich und nur das Verhältnis der Kraft zu wechselnden Hemmungen an ihren Äußerungen erkennbar ist, erscheint Verf. der Rhythmus (Periodizität) als die wesentlichste Äußerung der aktiven Kraft einerseits und der elastischen Materie (Widerständen) andererseits. Auch unser gesamtes physisches und psychisches Geschehen ist dauernd abhängig vom Rhythmus. Das letztere insbesondere denkt sich Schl. als Folge von aktiven Nervenströmen und Hemmungsmechanismen, die auf einer periodischen Isolation der Ganglienzellen durch die mehr oder minder in ihren Maschen mit Blut gefüllte Neuroglia beruhen; dabei steht nicht bloß der Grad der Füllung, sondern auch die Art der Blut- und Säftemischung in engster Beziehung zu unserer seelischen Funktion. Es ist interessant zu sehen, wie Verf. — nicht selten im Gegensatz zu landläufigen Anschauungen, z. B. von der Neuroglia als reiner Stützsubstanz — auf Grund seiner Beobachtungen bei seiner sogen. Infiltrationsanästhesie und der Bierschen Lumbalanästhesie sowie anderer Versuche zu diesen Anschauungen gekommen ist und wie er sie mit physiologischen und psychologischen Tatsachen in Einklang zu bringen sucht. Auch über andere Fragen, z. B. der Ernährung, hat der Verf. eigenartige Ansichten. Besonders anziehend sind die Kapitel über Unterbewußtsein, Schlaf und Traum, seelische Hemmungen und Schmerzen, Instinkt, Rausch.

Die Lektüre des Buches, das fesselnd und geistreich geschrieben ist, wird jedem Gebildeten genußreiche Stunden verschaffen, insbesondere sei es jedem Psychiater angelegentlich empfohlen. Albrecht-Treptow.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. - Fernspr. Nr. 823.

Nr. 9. 27. Mai **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 79.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent: Hugo Levi, Stuttgart. (Fortsetzung.) (S. 83.) — Mitteilungen (S. 86.) — Ausbildung, Dienst und Besoldung der Pflegerinnen in Privatkliniken für Psychischkranke. — Referate. (S 87.) Personalnachrichten. (S 87.)

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler.*

(Fortsetzung.)

Einen Fall von „Peroneuslähmung nach subkutaner Salvarsaninjektion in die Schulterblattgegend" teilt G. Walterhöfer[26]) mit. Es waren bei sekundärer Syphilis 0,5 des Mittels injiziert worden. Der Fall beweise die neurotoxische Wirkung des Mittels. Die Lähmung begann am achten Tage nach der Injektion. Ebenso werde die neurotrope Wirkung des Mittels bewiesen durch einen am neunten Tage nach intravenöser Injektion von 606 (0,3) bei einem Patienten mit primärer Syphilis aufgetretenen Herpes zoster an der rechten Gesäßhälfte, den L. Meyer[27]) beobachtete.

v. Marschalkó, Vorstand der dermatologischen Klinik in Klausenburg (Ungarn)[28]) meint: Heute weiß schon jeder, der ausgiebig mit Salvarsan gearbeitet hat, daß unsere Befürchtungen seitens des Optikus sich erfreulicherweise gar nicht bewahrheitet haben. Selbst beginnende Sehnervenatrophien sind kein Gegengrund gegen die Anwendung des Mittels, sofern es nur sonst indiziert ist. v. Marschalkó hat in der Augenklinik in Klausenburg mehrere solche Fälle injiziert, ohne auch nur in einem Falle eine Verschlechterung nach der Injektion gesehen zu haben. Eher habe er ein Stationärwerden des Prozesses, ja sogar anscheinende Besserung beobachten können.

Ein von ihm mitgeteilter Fall von tödlichem paralytischen Anfall bei einem 42jährigen Mann, „der seit längerer Zeit an Paralyse litt" und auf Drängen der Familie mit 0,3 606 injiziert wurde, läßt sich unmöglich auf diese geringe Dosis zurückführen. Der Patient hat sogar zehn Tage nach der Injektion, nach Aussage seiner Angehörigen, „eine auffallende Besserung" gezeigt.

v. Marschalkó hat daraufhin Patienten mit vorgeschrittener Paralyse aus der Behandlung ausgeschaltet und nur solche in den Anfangsstadien injiziert. Er konnte zwar über keine besondere Wirkung berichten, beobachtete aber in einigen Fällen ganz ausgesprochene Remissionen. Wieweit es sich dabei um eine spezifische Wirkung des Mittels handelt, läßt er dahingestellt; in zwei Fällen war allerdings Hand in Hand mit der Remission auch ein bedeutendes Abnehmen (nicht völliges Schwinden) der früher stark positiven Wassermannschen Reaktion zu konstatieren.

Viel Günstigeres berichtet v. Marschalkó über die Wirkung von 606 bei Tabes. In zwei Fällen beginnender Tabes war sie „ganz eklatant"; in dem einen derselben wurde sogar die seit mehreren Monaten bestehende reflektorische Pupillenstarre behoben. In einem anderen Falle verschwanden die seit vier Jahren bestehenden Magenkrisen und lanzi-

[26]) Med. Klinik, 1911, Nr 4. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 6.

[27]) Arsenzoster nach intravenöser Salvarsaninjektion. Med. Klinik, 1911, Nr. 3. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 6.

[28]) Über die ungenügende Dauerwirkung der neutralen Suspension von Salvarsan bei Syphilis. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, Nr. 5.

nierenden Schmerzen sechs Tage nach der Injektion von 0,4 Arsenobenzol vollkommen; dieser gute Allgemeinzustand bestand noch drei Monate nach der Injektion unverändert fort. In zwei anderen Fällen von veralteter, seit zwölf resp. acht Jahren bestehender Tabes zeigte die hochgradige Ataxie eine bedeutende Besserung und die Patienten fühlten sich auch sonst bedeutend stärker. „In dem einen dieser beiden Fälle ging sogar die Besserung soweit, daß der Patient, der schon seit sechs Monaten unfähig war, allein, ohne Stütze einer fremden Person, auch nur einen Schritt zu machen, acht Tage nach der Injektion von 0,5 (Marke Hy) Arsenobenzol allein aufstehen und mit Hilfe eines Stockes herumgehen konnte. Sechs Wochen ging es jeden Tag besser, so daß der Herr (sonst kräftiger Mann von 42 Jahren) als ein Wunder des Salvarsans betrachtet wurde; leider stand die Besserung nach dieser Zeit still . . . .“ Eine Dauerwirkung war nicht erzielt worden und es mußte eine Wiederholung in Betracht genommen werden. Bei diesen beiden Tabesfällen (in der Anamnese sichere, schlecht behandelte Syphilis) war die Wassermannsche Reaktion vor der Injektion stark positiv.

Deutschmann[29]) führt an, daß, was den Einfluß des Arsens angeht, abgesehen von Irisödem und Ausdehnung der Bindehautgefäße, Sehstörungen bei Arsenvergiftung zu den größten Seltenheiten gehören (Netzhautblutungen und -Ödem, Neuritis resp. retrobulbäre Neuritis optika mit zentralem Skotom); die Prognose ist dabei günstig, ein sicher beobachteter Fall bleibender Erblindung ist in der Literatur nicht bekannt. Bei 1000 Arsen-Vergiftungen, die im Jahre 1900 in Manchester durch arsenhaltiges Bier erzeugt waren, zeigte kein einziger Kranker eine Sehstörung, an den Augen nur Lidödem und die Bindehautaffektion. „Wenn also dem Salvarsan sonst keine schädlichen Wirkungen auf das Auge zukommen (und die bisherigen Erfahrungen bieten hierfür keinen Anhalt), vor bösen Arsenvergiftungen an den Augen brauchen Sie sich dabei nicht zu fürchten.“ (Bei Atoxyl liegt die Gefährlichkeit für das Auge darin, daß es als solches unverändert im Blute kreist und auch als solches eine schwere Giftwirkung am Auge entfaltet.) Deutschmann hat selbst bei einer Kranken mit weißem Optikus — ohne Sehstörung — eine intramuskuläre Injektion von Salvarsan in alkalischer Lösung gemacht und glaubt mit Sicherheit in den nächsten Tagen darauf eine zarte Rötung der inneren Pupillenhälfte beobachtet zu haben. Er sieht also in einer bereits bestehenden Sehnervatrophie keinen Gegengrund gegen die Anwendung von 606. Er hat schon immer früher mit einem anderen Arsenpräparat Natrium cacodylicum bei Sehnervenatrophie relativ günstige, wenigstens temporäre Erfolge erzielt, wo Jod wirkungslos, Quecksilber direkt schädlich waren. Bei Syphilitikern, die noch keine weiteren Erscheinungen von Tabes zeigen, und auch solche mit letzteren, finden sich weiße Optizi, ohne daß zunächst eine Sehstörung besteht; sie sind von ebenso übler prognostischer Bedeutung wie solche, die noch nicht ganz abgeblaßt sind, aber schon Gesichtsfeld- und Farbenstörungen etc. erkennen lassen. Hier erwartet er von 606 einen Nutzen, und zwar vielleicht auch durch die im Gefolge der Arsenbehandlung auftretende Gefäßhyperämie.

Wichmann[30]) teilt mit, daß ein Fall von schwerer Siebbeinkaries mit Gehirnlues auffällig günstig reagierte.

Thost[31]) sah bei zwei mit Salvarsan (intramuskulär) behandelten, an doppelseitiger nervöser Taubheit auf syphilitischer Grundlage leidenden Patienten nicht die geringste Besserung; auch Quecksilber, Jod, Pilokarpin und Zittman-Kur war bei beiden vergeblich angewendet worden. Bei beiden war die Wassermannsche Reaktion deutlich positiv.

Korach[32]) meint, daß Erkrankungen des zerebrospinalen Nervensystems eine Kontraindikation gegen die Anwendung seien, da bei subkutaner resp. intravenöser Arsenzuführung die Intoxikation unter dem Bilde der Alkaloidvergiftung in ihrer rein nervösen Form verlaufe und den Vergiftungserscheinungen hauptsächlich Wirkungen auf das Gehirn zugrunde lägen. Er empfiehlt das Mittel bei Tabikern.

Fauser[33]) sah bei den mit 606 behandelten Paralytikern Besserung nicht bloß des Kräftezustands, sondern auch der Intelligenz und geistigen Regsamkeit eintreten in einem Maße und in relativ so großer Zahl, wie er es sonst bei spontanen Remissionen noch niemals gesehen hat.

Heuck und Jaffé[34]) konnten bei Tabes und beginnender Paralyse einen sichtlichen Erfolg nach Behandlung mit 606 nicht konstatieren; bei einzelnen Patienten wurde vorübergehende Besserung subjektiver Beschwerden, einmal auch der trägen Pupillenreaktion erzielt. Nachweisbare Schädigungen des optischen Apparats wurden nicht gesehen, auch nicht

---

[29]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, p. 234.

[30]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, p. 234.

[31]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, p. 235.

[32]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, p. 238.

[33]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, p. 238.

[34]) Weitere Mitteilungen über das Ehrlich'sche Dioxydiamidoarsenobenzol (Salvarsan). Deutsche med. Wochenschrift 1911, p. 251.

bei beginnender Optikusatrophie. Als Rezidiv möchten die Verff. eine Neuritis optika auffassen, die bei einem Privatpatienten von Hoffmann sieben Monate nach der Injektion einsetzte, nachdem $2^1/_2$ Monate vorher eine Injektion von 0,6 Salvarsan wegen eines Rezidivs gemacht worden war. Durch Quecksilber und Jodkali wurde bald Besserung erzielt.

A. v. Torday (Budapest)[85]) hat bei 16 mit 606 behandelten Fällen von Tabes keinen Erfolg gesehen, ebensowenig bei drei Fällen von Paralysis progressiva, einem Fall von Myelitis dorsalis und bei Epileptikern. Dagegen sind in einem Fall von Hirngummi schon am ersten Tage nach der Injektion der quälende Kopfschmerz, Schwindel und Brechreiz verschwunden und der Gang wieder sicher geworden; jedoch blieb von Ptosis, der Abduzensparese und Diplopie noch immer etwas zurück; der Rest dieser Symptome schwand gänzlich erst einen Monat später unter Quecksilberbehandlung. In einem anderen Falle wurden die gegenüber einer Quecksilberbehandlung refraktär gewesenen Symptome auch durch wiederholte Arseninjektionen nicht beeinflußt.

Sirard und M. Bloch (Paris)[86]) fanden, daß bei frischen Fällen von Nervenlues und Lues des Gehirns 606 intensiver wirkt als Quecksilber, in älteren aber wirkungslos ist. Die Wassermannsche Reaktion wurde nur selten beeinflußt.

Marinesco (Paris)[87]) behandelte erfolgreich zwei Gummata des Gehirns, wobei die Meningen miterkrankt waren, und vier syphilitische Hemiplegien; drei Tabiker mit dem Erfolg, daß die lanzinierenden Schmerzen bedeutend zurückgingen; bei einem vierten ging das Argyl-Robertsonsche Symptom zurück, bei einem fünften heilte ein Mal perforant der Fußsohle in wenigen Tagen. Sechs Fälle allgemeiner Paralyse blieben ganz unbeeinflußt. In zwei Fällen syphilitischer Fazialisparalyse und Neuralgie war der Erfolg sehr schön.

Th. Rumpel[88]) notierte bei sieben Fällen von Lues mit Tabes Erfolge in zwei Fällen, keinen Erfolg in fünf Fällen; die Besserung bezog sich nur auf das Schwinden quälender subjektiver Symptome, Gehstörungen, Krisen etc. Rumpel schließt die Möglichkeit einer rein suggestiven Beeinflussung dabei nicht aus. Ein Paralytiker wurde in anhaltendem, schwerem, paralytischem Anfall injiziert; der Tod trat nach drei Tagen ein; er wäre voraussichtlich auch ohne die Injektion eingetreten.

Stern[89]) sah in einem Fall von Gehirnlues einen zweifellos guten Erfolg, bei drei Tabesfällen und bei einem Falle von Paralyse keine wesentliche Besserung, in einem Fall von Augenmuskellähmung Heilung, bei einem Fall von zweifelhafter Gehirnlues war die Zeit der Beobachtung bei der Veröffentlichung noch zu kurz. Im ganzen sieben behandelte Fälle. Bei einer rechtsseitigen Fazialislähmung trat kein nennenswerter Erfolg ein.

Die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzol auf das Auge behandelt nochmals eingehend Wechselmann zusammen mit Seeligsohn[40]) unter gleichzeitiger Benutzung der ihnen von Fehr überlassenen Beobachtungen. Wechselmann hat bei über 1400 behandelten Fällen nie etwas von amaurotischen oder sonstigen Schädigungen des Sehapparates beobachtet — außer zweimal kurzdauerndes Augenflimmern — und auch bei der großen Zahl der bis zu jenem Zeitpunkt (24. November 1910) gemachten Injektionen — schätzungsweise 20000 — wurde nichts derartiges berichtet. Eine genaue Aufnahme des Augenhintergrundes vor der Injektion ist aber schon deswegen nötig, damit nicht schon bestehende Neuritiden, welche später Erblindungen herbeiführen könnten, übersehen und die später auftretenden, durch die Krankheit bedingten Störungen der Anwendung des Mittels zur Last gelegt werden, zumal, wie schon erwähnt, Fehr im Eruptions- und frischen Sekundärstadium der Lues 2 bis 3% Neuritiden, Stauungspapillen, retrobulbäre Neuritis bei Fehlen subjektiver Sehstörungen gefunden hat. Die Erfolge entsprechen dem bereits weiter oben angegebenen. Dagegen war bei keinem der Fälle, die bezüglich ihrer Pupillenreaktion kürzere oder längere Zeit nach der Injektion wieder geprüft wurden, eine Änderung zu verzeichnen, „lichtstarre Pupillen blieben lichtstarr, auch die, allerdings seit mehreren Jahren bestehenden, Augenmuskellähmungen blieben unverändert." Bei Episkleritis und Iritis dagegen sahen Fehr und Seeligsohn sehr günstige Erfolge.

v. Grósz (Budapest)[41]) glaubt nach Erfahrungen

[85]) Die mit Salvarsan erreichten Resultate. Berl. klin. Wochenschrift, 13. Febr. 1911.

[86]) Bull. et Mém. de la Soc. med. des Hôp. de Paris, 5. Januar 1911. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 7.

[87]) Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 7.

[88]) Unsere bisherigen Erfahrungen mit dem Ehrlich'schen Präparat 606. Deutsche med. Wochenschrift, 8. Dez. 1910

[89]) Meine Erfahrungen mit Ehrlich-Hata 606. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, Nr. 49.

[40]) Wechselmann und Seeligsohn (Berlin), Über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols auf das Auge. Deutsche med. Wochenschrift, 24. Nov. 1910, p. 2189.

[41]) v. Grósz, Arsenobenzol gegen syphilitische Augenleiden. Deutsche med. Wochenschrift, 15. Dezember 1910, p. 2333. II. Mitteilung.

von Wechselmann und anderen Atrophia nervi optici simplex als Kontraindikation gegen Arsenobenzol fallen lassen zu können, wenn das Mittel sonst angezeigt ist. Aus seinen Erfahrungen zieht er folgende Schlüsse: „Arsenobenzol ist für den Nervus opticus unschädlich. Die Verschlimmerung eines schon bestehenden Augenleidens infolge des Mittels ist nicht zu befürchten. Eine Besserung der Atrophia nervi optici simplex ist nicht zu erwarten, aber auch diese Krankheit ist keine Kontraindikation gegen die Anwendung des Mittels. Eine günstige Heilwirkung ist zu erwarten in den Fällen von Iritis luetika, Chorioretinitis luetika, direkt luetischen Augenmuskellähmungen, auch die Keratitis parenchymatosa kann eventl. günstig beeinflußt werden in geeigneten Fällen." „Die Fälle von Iritis und auch diejenigen von Neuritis optika, ebenso von Augenmuskellähmungen, die sich im Anschlusse eines Rezidivs der Lues entwickeln, können nicht dem Arsenobenzol zugeschrieben werden, sondern sind ebensolche Rezidiverscheinungen wie ein Hautausschlag oder Schleimhautplaques." Beweis: Durch eine zweite Injektion werden sie günstig beeinflußt, ja sogar geheilt.

Kreibich (Prag)[42]) glaubt jetzt nicht mehr, daß die anfänglich dem Präparat zugeschriebenen Störungen des Nervensystems, obgleich seither noch etwa zwölfmal die gleichen Störungen mitgeteilt wurden, dem unverdorbenen Präparat zukommen, sondern vermutet, daß schlechtes Vakuum, zu späte Füllung in die Phiolen ein Oxydationsprodukt zur Folge hatte, das nach Ehrlichs Ansicht weit toxischer ist. Auch die längere Zeit nach der Injektion auftretenden Erscheinungen am Optikus und Akustikus sind nach Kreibich wohl nicht als Wirkung des Mittels direkt, wie z. B. beim Atoxyl anzusehen, „hingegen sind manche wahrscheinlich als Rezidive in dem vorher durch das Mittel geschädigten, empfindlich gemachten Nerven, als traumatische Lues und so, wenn man will, als Ausdruck einer neurotropen Wirkung (Buschke) aufzufassen." Allerdings gilt dies nach Kreibich mit Wahrscheinlichkeit nur von jenen Rezidiven, welche wenigstens der Dermatologe klinisch bei sekundärer Lues zu sehen nicht gewohnt ist, der Ophthalmologe dagegen in seltenen Fällen auch ohne Behandlung schon sieht, nämlich von Veränderungen am Augenhintergrund (Rezidiven in der hinteren Bulbushälfte nach Finger). Am Akustikus werden häufiger als am Optikus Spontanrezidive bei sekundärer Syphilis beobachtet (in Graz in einem Jahre viermal); ihre Beziehung auf eine traumatische Lues ist also dabei nicht so sicher. Unter der großen Zahl ein- oder mehrmals behandelter Fälle sind nach Kreibich etwa 20 bis 25 Rezidive an den verschiedenen Gehirnnerven publiziert; es ergibt sich daraus, daß die schädigende Neurotropie des Salvarsans — und Arsen ist ohne Zweifel ein Nervengift — zwar in einzelnen Fällen vorhanden, aber doch selten ist. Durch diese statistische Tatsache verringert sich etwas das Risiko der Sensibilisierung des Zentralnervensystems, das wir bei Salvarsan-Behandlung der metaluetischen Erkrankungen heute auf uns nehmen müssen. Das Nervenrezidiv steht nach Kreibich für das kommende Jahr im Mittelpunkt des Interesses. „Häuft es sich, dann fällt die neue Therapie, bleibt es so wie bis jetzt vereinzelt, kann es (Verf. führt das später genauer aus) durch die intravenöse Injektion verhindert werden, und ist es dabei noch immer durch Quecksilber oder durch das Mittel selbst beeinflußbar, dann können wir an einem Mittel festhalten, dessen Wirkungen in vielen Fällen zu den imponierendsten gehören, die der Arzt an momentaner Heilwirkung zu sehen Gelegenheit hat."

Kreibich findet, daß die Fälle von Nervenrezidiv alle nach intramuskulärer oder subkutaner Injektion aufgetreten sind; nach intravenöser scheinen sie noch nicht vorgekommen zu sein. Die Nervenschädigung läßt sich, wenn diese Tatsache sich bestätigt, auf die länger dauernde Arsenresorption aus dem Arsendepot zurückführen und könnte vielleicht durch intravenöse Injektion vermieden werden.

Herpes zoster nach Salvarsan-Injektion beobachtete Bettmann[43]) in zwei Fällen, wobei er glaubt, „in der Arsenikeinfuhr die entscheidende Voraussetzung für die Zostereruption zu erblicken"; (zweimal unter 180 subkutanen und intramuskulären Injektionen); Herpeseruptionen beobachtete er etwa ein Dutzend mal. Der Arsenikzoster ist auch bei der älteren Arsentherapie (Solutio Fowleri und Pilulae asiaticae) beobachtet worden.

Beck (Wien)[44]) hält die in vier Fällen beobachtete, vorübergehende, isolierte, einseitige Fasern-

[42]) Kreibich, Salvarsan, Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 1, 5. Januar 1911, Vortrag gehalten am 16. Dezember 1910.

[43]) Bettmann, Herpes zoster nach Salvarsan-Injektion. Deutsch. med. Wochenschrift, 5. I. 11 (s. auch Fußnote 27.)

[44]) O. Beck, Transitorische Fasernerkrankung des Nervus vestibularis bei mit Ehrlich-Hata behandelten Kranken. Med. Klinik, 1910, Nr. 50. Ref. Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 1, 1911. Literaturbericht S. 35. (Siehe auch später Beck.)

erkrankung des Nervus vestibularis bei Behandlung mit „606" nicht für Arsenintoxikation, sondern für vorübergehende Schwellungszustände in den Nerven. In drei Fällen fiel die Vestibulariserkrankung mit Herxheimerscher Reaktion zusammen.

Stern[45]) berichtet neuerdings von einem weiteren Fall von Augenmuskellähmung, und zwar bei einem Patienten, der nach wiederholter Untersuchung negative Wassermannsche Reaktion und auch keine Zeichen virulenter Lues zeigte. Die Störung trat etwa acht Wochen nach subkutaner Injektion von 0,5 zutage. Etwa sechs Wochen nach der Injektion fand sich noch Arsen im Urin.

Weintraud[46]) sah in ca. 30 Fällen von Tabes und einigen von progressiver Paralyse keine bemerkenswerte Besserung. Die Kranken mit arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns auf syphilitischer Grundlage und mit zum Teil mehrfachen apoplektischen Insulten haben die — intravenöse — Einspritzung ganz gut vertragen und sind in gewissem Umfange gebessert worden.

[45]) Stern, Ein weiterer Fall von Augenmuskellähmung nach Salvarsan. Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 1, 5. Januar 1911.

[46]) Weintraud, Diskussionsbemerkung, Berl. klin. Wochenschrift, 1911, S. 47.

Jadassohn (Bern)[47]) schreibt: „Am erstaunlichsten war die Wirkung bei einer Hirnlues in der Tertiärperiode, die wirklich „von einem Tage zum anderen" von den stärksten Kopfschmerzen (bis zur Bewußtlosigkeit) befreit wurde und seitdem sich dauernd wohl befindet (Wassermannsche Reaktion nach zehn Wochen noch positiv)." Ein Tabiker, bei dem Suggestion wohl ausgeschlossen war, verlor seit der Injektion die bis dahin häufigen gastrischen Krisen bis auf einen Anfall kurze Zeit nach der Injektion. Einer bekam unmittelbar nach der Injektion eine schwere, langdauernde gastrische Krise; solche hatte er aber schon früher oft gehabt. Seitdem befindet er sich (unter Suspensionsbehandlung) besser als seit langer Zeit. Ein Tabiker erfuhr durch eine kleine Probeinjektion eine Besserung, die nach vier Wochen wieder schwand. Ein Tabiker blieb unbeeinflußt. Ein Paralytiker in relativ frischem Stadium vertrug die Injektion gut, ohne einen Einfluß davon zu haben. „Ein anderer Patient, bei dem es sich wirklich erst um das „Wetterleuchten" handelte, hat bisher keine Schädigung aufgewiesen. Für die Konstatierung einer Besserung wäre die Zeit noch zu kurz."

[47]) Jadassohn, Unsere Erfahrungen mit Salvarsan. Deutsch. med. Wochenschrift, 22. Dezember 1910, p. 2377.

(Fortsetzung folgt.)

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, Stuttgart.

(Fortsetzung.)

An das Referat schließt sich zunächst ein Vortrag von Prof. Gaupp (Tübingen) an: „Über den Begriff der Hysterie".

Nach großen Schwankungen, die der Hysterie-Begriff seit Charcot durchlaufen hat, konstatierte Hoche 1902: „Wer die These aufstellen wollte, daß es überhaupt ein Krankheitsbild Hysterie nicht gibt, sondern nur eine besondere Form psychischer Disposition, die man als hysterisch bezeichnet, wäre gar nicht zu widerlegen." Auch der Name Hysterie sollte beseitigt werden. Der von Sommer eingeführte Name „psychogen" hat zu Irrtümern Anlaß gegeben. Nicht alles, was psychogen entsteht, ist hysterisch, z. B. der Querulantenwahn. Die hysterische Reaktionsweise, nach Vortr. das Wesentlichste im Krankheitsbild, kann nicht aus den Symptomen an sich erschlossen werden. Für die Umgrenzung körperlicher hysterischer Symptome hat Möbius auf die „nach Stärke, Dauer und Erfolg ungewöhnlicher Einwirkung seelischer Vorgänge auf die Körperlichkeit" hingewiesen.

Eine bestimmte Seelenbeschaffenheit also, die wesentlich in quantitativer Steigerung und eigenartiger Mischung gewisser allgemeiner menschlicher Eigenschaften besteht, ermöglicht das Auftreten hysterischer Symptome als Reaktionen auf bestimmte Lebensvorkommnisse. Meist wird die psychische Eigenart als Defektzustand, „insuffisance cérébrale etc." gedeutet.

Viele klinische Erfahrungen stehen mit der Annahme eines angeborenen Defektzustands im Widerspruch: Hysterische Kinder werden und bleiben gesund. Hysterische Erwachsene genesen selten ganz. Heutzutage werden häufig nach einem Unfall viele vorher völlig gesunde Männer hysterisch. Massenhysterie ist seltener geworden. Die Hysterie ist in dem sonst entarteten Westeuropa seltener als früher. Bei einer Epidemie von hysterischer Chorea in einer Schule werden die infizierten Kinder nach Entfernung des primär erkrankten Kindes bald wieder gesund. Bismarck, der gewiß nicht hysterisch war, wurde in schicksalsschweren Stunden (z. B. nach der Schlacht bei Königgrätz) von Weinkrämpfen befallen, die durchaus das Bild hysterischen Weinens boten. Daraus geht hervor, daß der Seelenzustand, den man als

Grundlage der hysterischen Symptome ansehen muß, in seiner pathologischen Bedeutung nicht immer gleich bewertet werden darf. Das Schulkind z. B. weist seiner geistigen Struktur nach die Bedingungen für die Entstehung hysterischer Symptome auf. Ein gesundes Gehirn kann durch Affektstürme und Anstrengungen derart verändert werden, daß es abnorm reagiert. Die Hysterie ist eine abnorme Reaktionsweise auf die Anforderungen des Lebens. Wo diese Anforderungen abnorm sind, bedarf es zur Erklärung hysterischer Erscheinungen keines angeborenen Defekts. Die früheren Hysterie-Arbeiten von Breuer und Freud, abgesehen von denjenigen des letzten Dezenniums, erkennt G. an. Durch sie ist der Mechanismus der Entstehung gewisser körperlicher Symptome aus psychischen Ursachen dargestellt und nachgewiesen worden, daß soziale, ethische und ästhetische Faktoren, die als wertvolle Kulturerrungenschaften gelten, für bestimmte Gruppen von Menschen pathogen wirken können. Die Beherrschung der eigenen Motilität ist das Ziel einer guten Erziehung und die höchste Leistung menschlicher Kraft. Diese Hemmungsregulierung, das „Gesundheitsgewissen" (Kohnstamm) ist bei Hysterischen in Unordnung, dissoziiert. Der gesetzmäßige Ablauf der Reaktionen zwischen gefühlsmäßigem Erleben, intellektueller Verarbeitung und Willensbestätigung, speziell der energischen Bewegungshemmung, bildet sich im Leben des Individuums und der Völker heraus. Der motorische Ausdruck der hysterischen Reaktionsweise schwächt sich bei Individuen und bei Völkern mit der Zeit ab. Von Psychosen und Vergiftungen sind besonders die zur Dissoziation führenden häufig mit hysterischen Symptomen verknüpft (Dementia präcox, Paralyse, Stirnhirntumor, Sklerose).

O. Rehm (Dösen): Die Bedeutung des psychogenen Momentes im manisch-depressiven Irresein.

Vortr. streift die einschlägige Literatur, besonders die Arbeiten von Kraepelin, Nißl, G. Specht und Reiß. Das Thema ist in drei Teile geteilt:

1. Psychogene Momente in der Konstitution manisch-depressiver Kranker (4%). Es besteht eine spezifische Konstitution; die psychogenen Beimengungen zeitigen keine besondere Färbung der folgenden Psychose. Manische Zustände und weibliches Geschlecht stehen im Vordergrunde.

2. Psychogene Auslösung der Psychose in 17% der Fälle. Der Beginn der Erkrankung fällt in das jugendliche und mittlere Alter; die Prognose ist verhältnismäßig günstig. Öfters werden kontrastierende Affektzustände ausgelöst, agitierte Depressionen sind bevorzugt. Ob durch die Auslösung des ersten Anfalles die weitere Ausbildung der Psychose, bezw. das Auftreten weiterer Perioden, begünstigt wird, ist fraglich. Die Psychose zeigt keine besondere, mit dem auslösenden Moment im Zusammenhang stehende Färbung. Zum Vergleiche dient dem Vortr. die Auslösung durch Generationsvorgänge und durch körperliche Erkrankungen, je in 7% der Fälle. Die sich an Geburten anschließenden Anfälle erscheinen von besonders günstiger Prognose; ein späteres Chronischwerden des Irreseins ist bei diesen Fällen außerordentlich selten.

3. Psychogene bezw. hysterische Momente während der Psychose (5%). Der Verlauf zeigt eine im allgemeinen günstige Prognose. Kurze raptusartige, ängstliche Erregungszustände charakterisieren die Anfälle als wechselvoll.

Psychogene Momente sind für das Krankheitsbild des manisch-depressiven Irreseins ohne wesentliche Bedeutung. Die auslösenden psychischen Faktoren besitzen keinen ursächlichen Einfluß.

Diskussion:

Kohnstamm tritt für seine schon von Gaupp zustimmend erwähnte Auffassung ein, daß es sich bei der Hysterie um einen „Defekt des Gesundheitsgewissens" handelt. Psychogen und hysterisch deckt sich nicht. Er legt seine Anschauungen, die er in der „Therapie der Gegenwart" vom 11. Februar 1911 in einem Aufsatz: „Zum Wesen der Hysterie" niedergelegt hat, nochmals dar. Das hysterische Symptom wird erst dadurch zu einem Symptom echter Hysterie, daß das Gesundheitsgewissen defekt ist. Ebenso kann jede andere Psychoneurose hysterisiert werden, oder aber mehr oder weniger weit von der Grenze echter Hysterie entfernt bleiben.

Aschaffenburg (Köln) bekämpft diese Auffassung und die Einführung des Begriffs „Gesundheitsgewissen".

Sommer (Gießen) versucht eine schärfere Trennung der Begriffe psychogen und hysterisch durchzuführen, findet aber mit dem Vorschlag, den Ausdruck Hysterie für die Fälle psychogener Erkrankung zu reservieren, bei denen der Sexualkomplex ausschlaggebend ist, keinen Anklang.

Sommer ist vollkommen mit der Wiener Schule darin einverstanden, daß es eine Reihe von Fällen gibt, bei welchen das Sexualmoment den Kern bildet; was ihn von jener Schule trenne sei, daß nun alles darauf zurückgeführt werde; andere Affektkomplexe können aber dieselbe Rolle spielen wie der Sexualkomplex.

Neißer wendet sich gegen die angeführte von Sommer vorgeschlagene Einschränkung des Begriffs der Hysterie.

Die Bedeutung der Frage sieht er nach zwei Richtungen hin: 1. in klinischer Richtung gegenüber der großen Gruppe der Dementia praecox und 2. die erheblich wichtigere prinzipielle Bedeutung der Frage erblickt er darin, daß man jetzt wieder mit stärkerer Betonung sowohl bei der Analyse der Symptome als auch bei der Frage, wie sie auftreten und wieder verschwinden, sich des psychischen Momentes wieder erinnert. Auch heute noch können wir viel beitragen zur Modifikation des Krankheitsverlaufes, wenn wir uns des psychischen Momentes bewußt sind.

Löwenthal (Braunschweig) hat schon früher eine Reihe von Symptomen, die sich im Gebiet des vegetativen Nervensystems abspielen, als objektive Symptome der Neurasthenie abgegrenzt von der Hysterie.

Liepmann (Berlin) hat an der Kohnstamm-

schen Definition auszusetzen, daß sie einen pathologischen Begriff klären will durch einen selbst erklärungsbedürftigen Begriff aus der ethisch-religiösen Sphäre (Gewissen).

Bezüglich des Begriffes „psychogen" sei es von größter Bedeutung, streng zu scheiden zwischen dem weiteren Sinne des Wortes und dem engeren. Im ersteren Sinne spricht man von Psychogenität, wenn psychische Erlebnisse, wie Gram, Sorgen, Gemütserschütterungen, Enttäuschungen die Hauptursache einer Erkrankung abgeben; psychische Erlebnisse sind dann eine Krankheitsursache in demselben Sinne wie ein Trauma oder ein Virus. Im engeren Sinne spräche man von Psychogenität, wenn psychische Eindrücke und Erkrankung sich nicht nur wie Ursache und Wirkung verhalten, sondern in einer engeren Beziehung ständen, wenn nämlich der Inhalt bestimmter Vorstellungen sich unmittelbar oder mittelbar in Krankheitssymptome umsetzt und sie in ihrer besonderen Ausprägung nährt; wenn z. B. die Vorstellung, nicht sprechen zu können, zu einer Stimmbandlähmung führt und ähnliches.

Cramer (Göttingen): Wir haben heute noch nicht das Recht, den Begriff Hysterie abzusetzen, dagegen sprechen schon didaktische Gründe. Übrigens gibt es ebensoviele Hysterische mit Willen zur Gesundheit wie solche mit dem Willen zur Krankheit.

Gaupp (Schlußwort): Das Gewissen ist nicht nur ein ethischer Begriff, sondern eine Tatsache des menschlichen Erfahrens.

Bonhöffer (Schlußwort) sieht auch nicht das Charakteristische darin, daß ein Wille zur Krankheit vorliege. Die Abgrenzung der Neurasthenie hält auch er für sehr schwer.

Damit schlossen die Beratungen des ersten Tages.

Um 5 Uhr vereinigte ein Festessen im Hotel Marquardt, abends ein Bierabend im Hotel Viktoria zahlreiche Teilnehmer der Tagung.

Am 22. April wurden zuerst geschäftliche Angelegenheiten erledigt. Prof. Kraepelin begründete einen Antrag, der eine Kommission eingesetzt wissen will zum Zweck der Erforschung der Frage, ob die Geisteskrankheiten in Zunahme begriffen sind. Der Antrag wird angenommen. Ein Antrag, die Hygiene-Ausstellung in Dresden zu beschicken, wird abgelehnt, ebenso ein Antrag Alt auf Verlängerung der Dauer der Jahresversammlung von zwei auf drei Tage.

Der Jahresbeitrag wird wieder auf 5 M. festgesetzt. In den Vorstand werden die ausscheidenden Herren Med.-Rat Kreuser (Winnental) und Geh.-Rat Siemens (Lauenburg) durch Akklamation wiedergewählt. Die nächste Versammlung soll in Kiel stattfinden.

Sodann ging man zur Beratung der Tagesordnung über: „Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch".

Mit Rücksicht auf dieses Thema wohnten eine Reihe Juristen der Beratung an, an ihrer Spitze der württembergische Justizminister Dr. v. Schmidlin, ferner Staatsrat Schwab, Ministerialdirektor von Zindel, Generalstaatsanwalt v. Rupp, Oberlandesgerichtsrat Schanz u. a.

Für die Besprechung des Vorentwurfs hat der vom Verein eingesetzte Ausschuß die nachfolgenden Leitsätze einstimmig aufgestellt:

I. Die Bezeichnung der psychischen Krankheitszustände (V. E. § 63) kann allgemein gehalten sein, da durch den Zusatz eines psychologisch rechtlichen Merkmals die Bedeutung für die Strafbarkeit der Handlung sich ergibt.

Dieser Zusatz sollte die in der psychischen Erkrankung begründete Abweichung im Wirken der Motive bei rechtswidrigem Handeln kennzeichnen. Hierfür kann der Ausdruck „Ausschluß der freien Willensbestimmung" nicht in Betracht kommen.

II. Die Befugnis des Gerichts, die Sicherheitsgefährlichen von den wegen geistiger Störung Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten in Anstalten für Geisteskranke einzuweisen, entspricht dem Bedürfnisse der Allgemeinheit wie des Einzelnen (§ 65 Abs. 1 des Vorentwurfs).

Eine gleiche Maßregel ist auch bei Einstellung des Verfahrens wegen psychischer Störung des Angeschuldigten erforderlich.

Prozessualisch ist in jedem Einzelfalle die vorherige Feststellung der Täterschaft anzuordnen. Das im § 65 Abs. 3 des Vorentwurfs vorgesehene Verfahren muß von dem Entmündigungsverfahren völlig getrennt gehalten und durch eigene Bestimmungen, etwa ähnlich dem Entwurf der österreichischen Strafprozeßordnung geregelt werden.

Mit Rücksicht auf die große Unsicherheit der Prognose psychischer Störungen ist es bedenklich, die Verwahrung für einen längeren Zeitraum erstmalig oder nach abgewiesenem Einspruch des Verwahrten anzuordnen.

3. Wenn bei dem Täter Abweichungen des psychischen Lebens vorliegen, die das Handeln erheblich beeinflussen, ohne daß dadurch die strafrechtliche Verantwortlichkeit aufgehoben wird, sollte dem richterlichen Ermessen möglichste Freiheit gelassen werden. Solche Personen sollten, soweit es ihr Zustand verlangt, in der Strafvollstreckung getrennt, und ihrer Beschaffenheit entsprechend behandelt werden.

Die Maßregeln, die für die nachträgliche sichernde Verwahrung oder Beaufsichtigung solcher Verurteilten in Aussicht genommen sind, bedürfen noch eingehender Erwägung.

Namentlich wäre die Frage, von wem und wann die Verwahrung usw. auszusprechen sein würde, noch weiter zu klären. Soweit es sich um Unterbringung in Anstalten handeln würde, könnten die Anstalten für Geisteskranke nicht in Frage kommen.

Neben Benutzung von Verwahrungsanstalten würde die Ausbildung von Hilfs- und Fürsorgemaßregeln besonders ins Auge zu fassen sein.

(Die Vorschriften über die trotz psychischer Mängel Strafbaren würden zweckmäßiger besonders angeführt werden.)

4. Der Stellung des V. E. im allgemeinen gegenüber dem Alkoholismus ist zuzustimmen.

Für die Handlungen in Bewußtlosigkeit aus selbstverschuldeter Trunkenheit wird eine andere Bestimmung gesucht werden müssen.

Wo bei Gewohnheitstrinkern die Tat mit Trunk-

sucht zusammenhängt, empfiehlt sich eine möglichst allgemeine, d. h. von der Bestrafung unabhängige Benutzung von Trinkeranstalten überall, wo diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.

Eine Zusammenfassung der Bestimmungen über Trunkenheit und Trunksucht sollte erwogen werden.

5. Die Schärfungen des § 18 können bei der nach § 63 Abs. 3 angeführten besonderen Berücksichtigung des Geisteszustandes im Strafvollzug nicht Platz greifen.

6. Die bedingte Strafaussetzung (besser noch bedingte Verurteilung) ist als ein großer Fortschritt zu begrüßen, sie ist bei allen Fällen, bei denen sie Erfolg verspricht, ohne Rücksicht auf Vorstrafen und Strafhöhe empfehlenswert.

7. Den vorgeschlagenen strafrechtlichen Einrichtungen für die Jugendlichen ist im allgemeinen beizustimmen. Nur können Freiheitsstrafen an vermindert zurechnungsfähigen Jugendlichen nicht in Heil- und Pflegeanstalten vollzogen werden.

8. Mit Rücksicht auf den geistigen Zustand, der häufig bei einer Mutter, die ihr Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, besteht, ohne daß § 63 Abs. 2 in Betracht gezogen werden kann, erscheint eine Herabsetzung der unteren Strafgrenze für bestimmte Fälle erwünscht.

9. Entführung oder Beihilfe dazu von Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes oder aus Sicherheitsgründen behördlich in eine Irrenanstalt überwiesen worden sind, ist in gleicher Weise zu bestrafen, wie Gefangenenbefreiung. (Forts. folgt.)

Mitteilungen.

— Zur Frage: **Ausbildung, Dienst und Besoldung der Pflegerinnen in Privatkliniken für Psychischkranke.** Für den Dienst der Krankenpflege stets geeignete Kräfte vollzählig zur Verfügung zu haben, ist und bleibt noch immer eine der wichtigsten Aufgaben des Krankenhauses, ganz besonders aber derjenigen Privatkliniken für Nerven- und Psychischkranke, in welchen Patienten der höheren und höchsten Gesellschaftskreise Heilung suchen. Es bietet daher stets großes Interesse, von mustergiltigen Organisationen dieses Zweiges der Krankenpflege Kenntnis zu nehmen, wie solche Prof. Dr. Friedländer in seiner Privatklinik für Nerven- und Psychischkranke in „Hohe Mark" im Taunus geschaffen hat. Die Oberin der Klinik, M. Dreyer, gibt davon in der Zeitschrift „Unterm Lazaruskreuz", Berlin, VI. Jahrg. Nr. 9, 1. Juni 1911, eine Darstellung, der wir folgendes entnehmen.

Zunächst hat Prof. Friedländer von vornherein das Prinzip durchgeführt, nur gebildete Mädchen als Pflegerinnen anzustellen. Die im Krankendienst ausgebildeten Pflegerinnen werden als etatsmäßige, mit gegenseitiger, vierwöchentlicher Kündigung angestellt. Haben sich dieselben bewährt, so können sie in die besser bezahlten Stellen einer Stationspflegerin aufrücken. Außerdem werden Damen, die noch keine Erfahrung im Krankendienst hatten, als Elevinnen aufgenommen. Dieselben erhalten bereits nach drei Monaten 15 M. monatlich, steigend bis 35 M. am Schluß des ersten Jahres. Nach Ablegung der in unserer Anstalt vom Direktor vorgeschriebenen Prüfung erhalten sie monatlich 40 M. (nach 1½ Jahren) und treten in den Verband der etatsmäßigen Pflegerinnen ein. Von dieser Zeit an steigt das Gehalt jährlich um 60 M., dazu kommen 40 M. Kleidergeld. Unsere Pflegerinnen tragen im Dienst weiße Kleider und Schürzen. Das Gehalt der Stationspflegerinnen steigt bei zufriedenstellenden Leistungen bis zu 1200 M. Das Gehalt der Oberin beträgt 2160 M. Jede Pflegerin erhält jährlich 4 Wochen Urlaub, die Elevin 3 Wochen nach Ablauf des ersten Dienstjahres.

Im Winterhalbjahr werden für die Pflegerinnen folgende Vorlesungen gehalten:

1. Der Oberarzt unterrichtet sie in den Grundzügen der Anatomie, Physiologie, Verbandlehre, erste Hilfe und in den allgemeinen Regeln der Krankenpflege,

2. behandelt der Chefarzt in seinen Vorlesungen die Grundzüge der Biologie, der normalen Psychologie, der Neurologie und Psychiatrie Hieran knüpft er stets allgemeine Bemerkungen über das dienstliche und außerdienstliche Verhalten gegenüber den Kranken und deren Angehörigen, über das Berufsgeheimnis, über die wissenschaftliche Bewertung der Suggestion, der Hypnose u. a. m. Selbstverständlich werden die Pflegerinnen auch mit den Grundzügen der Behandlung vertraut gemacht, damit sie die von den Ärzten vorgeschriebenen Behandlungsarten mit Verständnis durchzuführen lernen. Über den ihnen gebotenen Stoff haben sämtliche Pflegerinnen zweimal eine Prüfung abzulegen. Von dem Erfolg derselben hängt die weitere Verwendungsart ab. Bei den Prüfungen wird selbstverständlich weniger Wert auf die Menge des Wissens, als auf die logische Beherrschung des Stoffes gelegt, besonders auf die Fähigkeit, bestimmte Krankheitssymptome, wie Angst, Selbstmordgefährlichkeit usw. richtig zu beobachten und rechtzeitig zu melden. Diese Vorlesungen haben sich vorzüglich bewährt, nicht nur, daß die Vorlesungen und die Prüfungen dem Chefarzt Gelegenheit geben, die einzelnen Pflegerinnen genauer kennen zu lernen, so sind sie auch eine Quelle der Anregung für die Pflegerinnen, die sich der überwiegenden Mehrzahl nach auf die Vorlesungen freuen. So hat sich bei uns eine Art von Pflegerinnenschule entwickelt, und ich freue mich, feststellen zu können, daß aus unserer Klinik bereits zahlreiche Pflegerinnen als Oberinnen an anderen Anstalten tätig sind. Der Umstand, daß in unserer Klinik auf intensive Beschäftigung der Kranken großer Wert gelegt wird, hat zur Folge, daß sich die Pflegerinnen hierin spezielle Kenntnisse erwerben können. (Teilnahme an den Kursen für Schnitzen, Malen, die der Bildhauer der Anstalt gibt, — Korbflechten — gärtnerische Arbeit — Turnen durch die schwedische Masseuse u. a. m.)

Die Pflegerinnen und Elevinnen, besonders die letzteren, haben von Hausarbeiten auszuführen: Staubwischen, Herrichtung der Betten der Schwerkranken,

der Waschtische und der Badezimmer. Alle anderen Hausarbeiten werden durch die Hausmädchen besorgt — (12 Hausmädchen für 40 bis 45 Patienten).

Soweit die Pflegerinnen nicht Einzelpflege haben und ihre Kranken das Zimmer nicht verlassen dürfen, nehmen sie an den gemeinsamen Mahlzeiten der Kranken ebenso teil, wie die Ärzte, deren Frauen und die Oberin.

Der Dienst beginnt morgens 3/4 8 Uhr, — 1/2 8 Uhr Kaffee. Jede Pflegerin ist von 2—3, bzw. 3—4 Uhr frei. Die Essenzeit, die mittags von 1—2, abends von 7 1/2—8 1/4 dauert, wird nicht als freie Zeit gerechnet. Die Pflegerinnen, die Tag und Nacht bei einer Kranken sind, werden zwei Stunden abgelöst, natürlich auch länger, wenn sie schlechte Nächte haben. Nach dem Abendbrot sind die Pflegerinnen frei. Sie halten sich häufig in den Gesellschaftsräumen auf, unterhalten die Patienten, spielen Schach oder Kartenspiel mit ihnen oder nehmen an kleinen, musikalischen Aufführungen oder Tanzunterhaltungen teil. Die Stationspflegerinnen wechseln sich im Abenddienst bis 10 Uhr ab. — Jede Pflegerin hat monatlich zwei ganze und zwei halbe Tage frei, fast alle ihr eigenes Zimmer. In der Abteilung für Kranksinnige hat Prof. Friedländer die Nachtwache in folgender Weise eingeführt: Jede Pflegerin kommt alle 12—15 Monate zur Nachtwache, die einen Monat dauert. Die Wache wird um 7 1/2 abends begonnen und um 8 Uhr früh verlassen. Der Tag ist selbstverständlich frei. Damit jede Pflegerin, die gegen die Geräusche des Tages empfindlich ist, ungestört bleibt, wurden vor einigen Jahren bei dem Bau einer neuen Villa im obersten Stockwerk derselben zwei Zimmer angelegt, die außer Steinwänden durch Korkwände isoliert sind. Diese Räume sind vollkommen ruhig. Nach vollendeter Nachtwache erhält die Pflegerin zwei und einen halben Tag lang frei. Diese Einrichtung hat sich gut bewährt.

Referate.

— **Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik**, herausgegeben von A. Dannemann, H. Schober und E. Schulze. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1909, 1910. Preis brosch. M. 31,—, in Halbfr. geb. 33,50.

Da vor kurzem die 10. Lieferung erschienen ist, liegt das Werk nunmehr komplett vor. Es sucht, wie aus dem Vorwort hervorgeht, „eine Brücke zwischen beiden Berufen (sc. den beiden Berufen, denen das Heilerziehungswesen zufällt) zu schlagen, die Erfahrungen und Ratschläge aus beiden Lagern zusammenzufassen, zu gemeinsamer freundschaftlicher Arbeit Erzieher, Mediziner, Lehrer, Geistliche, kurz alle die ein Interesse am Heilerziehungswerke haben, zu vereinigen." Dank einer glänzenden Mitarbeiterschar ist es den Herausgebern gelungen, dieser schwierigen Aufgabe in trefflichster Weise gerecht zu werden. Eine lange Reihe selbständiger Artikel, zu denen die Herausgeber selbst, und namentlich der vielbewährte Dannemann, eine erkleckliche Zahl beigetragen haben, setzt das Werk zusammen. Überall ist neben strengster Wissenschaftlichkeit der Hauptzweck, medizinische Dinge in einer auch dem Pädagogen und pädagogische Dinge in einer auch dem Mediziner verständlichen Form vorzubringen, sorgfältigst berücksichtigt. Es ist daher zu erwarten, daß das Handbuch wirklich, wie die Herausgeber hoffen, Ärzten sowohl wie Lehrern als Nachschlagewerk und als Ratgeber für ihre Fortbildung in der Heilpädagogik in hohem Maße dienlich sein wird.

Berze.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Schleswig.** Dem Oberarzt an der Prov.-Irrenanstalt Dr. Hermann Adler wurde der Charakter als Geheimer Sanitätsrat verliehen.

— **Eberswalde.** Dem Direktor der Landes-irrenanstalt Dr. Karl Zinn hierselbst wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

— **Tost.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Ewald Schütze wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. – Fernspr. Nr 823.

Nr. 10. 3. Juni **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Die internationale Hygiene-Ausstellung zu Dresden. Von Dr. Kürbitz, Sonnenstein. (S. 89.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 91.) — Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. Von Dr. Hans Römer, Anstaltsarzt. Illenau. (S. 94.) — Mitteilungen. (S. 86.) — Livländische Landesanstalt für Geisteskranke in Stackeln. Psychiatrischer Fortbildungskursus an der psychiatrischen Klinik in München. — Referate. (S 98.) — Personalnachrichten. (S 98)

Die Internationale Hygiene-Ausstellung zu Dresden.

Von Dr. *Kürbitz*, Sonnenstein.

Am 6. Mai d. Js. wurde zu Dresden die Internationale Hygiene-Ausstellung eröffnet. In jahrelanger, sorgfältiger und mühsamer Arbeit ist hier ein großzügiges und imponierendes Werk geschaffen worden.

Die Ausstellung selbst bedeckt ein Areal von 320000 qm und birgt in zahlreichen Hallen 99 Abteilungen.

Die Fachgenossen wird vermutlich am meisten die Halle zur Fürsorge der Geisteskranken (Halle 40 des Ausstellungs-Kataloges) interessieren, die eine Unterabteilung der großen Halle 37 für Krankenfürsorge bildet.

Erwähnt sei hier das Modell (1:200) der neuen Landesirrenanstalt Teupitz i. M. und das der im Bau begriffenen sächsischen Anstalt Arnsdorf bei Dresden.

Zeichnungen stellen uns u. a. die Göttinger Heilanstalten für Geistes- und Nervenkrankheiten und die Städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz dar; gut gelungene Lumière-Platten führen uns die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüben i. Schl. vor Augen.

An den Wänden finden wir Tafeln, die uns eine graphische Darstellung der stetig wachsenden Anzahl der Anstaltsärzte der Provinz Sachsen geben, mit der Hand in Hand eine Zunahme des weiblichen und männlichen Pflegepersonals geht. Die Familienpflege hat in dieser Provinz eine rasche, stetige Entwicklung genommen; 1896 wurde auf Prof. Alts Initiative der Anfang mit sechs Pfleglingen gemacht und 1909 waren es schon über 500; wahrlich ein beredtes Zeugnis für die Zweckmäßigkeit dieser Einrichtung!

Große Tafeln, die aus der Irrenanstalt Friedrichsberg stammen, belehren dann den Nicht-Mediziner über das Aussehen der Hirnoberfläche beim normalen Menschen und bei Kranken mit Dementia senilis und der Paralyse, ja es finden sich sogar stark vergrößerte Abbildungen des mikroskopischen Bildes von einem normalen und einem paralytischen Hirn.

In der benachbarten großen Halle für Krankenfürsorge (Nr. 37) nimmt der Nervenarzt vielleicht besondere Notiz von den Krausschen Krankenbetten*), die mittelst Preßluft selbständig verstellbar sind (Preis 180 M.). Äußerst praktisch, besonders für Gelähmte etc., wollen mir diejenigen erscheinen, bei denen vermittelst einer am Kopfende angebrachten Kohlensäurebombe auf Gurten der Kranke, z. B. beim Wäschewechsel, gehoben werden kann; bei Unreinen kann auch die Matratze gehoben werden und eine gut eingepaßte Stechschüssel bleibt auf der Drahtmatratze zurück, von wo aus sie leicht zu entfernen ist. Allerdings ist der Preis (360 M.) wohl in vielen Fällen ein unangenehmes Hindernis.

In dieser Abteilung finden wir dann noch in Modellen und Tafeln Heilstätten, Ferienkolonien, Alterspflegheime etc. gut wiedergegeben, deren große Gärten und deren freie Lage uns Zeugnis davon ablegen, wie die Lehren und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft von manchen Körperschaften schon in erfreulicher Weise verwertet werden.

Eine ausgedehnte Serie von „Instrumenten" und Inseraten der Kurpfuscher gewährt Arzt und Laien einen tiefernsten Einblick in den gefährlichen Großbetrieb jener Menschen.

Nerven- und Geisteskrankheiten treffen wir dann noch einmal wieder in der „Populären

*) Firma Kraus & Faber, Eßlingen a. Neckar.

Abteilung" (Halle 18). Da die Ausstellung vorwiegend den Laien zu Nutz und Frommen ins Werk gesetzt ist, so nimmt es uns, unter Berücksichtigung der gesamten Anlagen an sich, nicht allzusehr wunder, wenn wir hören, daß die Einrichtung allein dieser Halle nicht weniger als 700000 M. gekostet hat. In der Nervenabteilung sehen wir hier ein altes Bild „Tanzwütige" betitelt, das uns die Hysterischen des Mittelalters zeigt. Einen fröhlicheren Eindruck macht der trinkfeste Falstaff; die wegen seiner geschlängelten Temporalis angebrachte Warnung wird wohl leider ohne Erfolg gewesen sein. Gewissermaßen als Resultat eines schlemmerhaften Lebens kann man Aubrys aus dem Jahre 1822 stammendes Bild „Der Schlaganfall" auffassen. Ein trauriges Stück Kulturgeschichte spricht aus mehreren daneben angebrachten Bildern: Goya: „das Narrenhaus", in dem die Geisteskranken in einem verließartigen Raum untergebracht sind, sodann ein Stich Hogarps aus dem Jahre 1735, „Leben und Treiben in einer Irrenanstalt früherer Zeiten". Ein Kranker fidelt, andere sind gebunden und gefesselt; wieder ein anderer gestikuliert beschwörend mit Schlangen in den Fingern umher. Auch das bekannte Kaulbach sche Bild „Geisteskranke" (im Hintergrund der Wärter mit Schlüsselbund und Peitsche) fehlt nicht. Die primitive Behandlung Geisteskranker bei den Negern läßt uns ein Bild erkennen, in dem ein derartiger Unglücklicher in eine Sklavengabel, zu seiner eigenen und der Mitmenschen Sicherheit, eingezwängt ist.

Die zahlreich ausgestellten Abbildungen von Münzen gegen den „Bösen Blick" nötigen uns heute nur noch ein Lächeln ab.

Das Rubens'sche Werk „Graf Thomas Arundal mit einem Hofzwerg", auf dem ein ausgesprochener Mikrozephale abgebildet ist, soll unsere Besprechung zu der Jugendfürsorge (Halle 13) hinüberleiten. Diese Abteilung baut sich gewissermaßen auf den Präparaten von Prof. Weygandt-Friedrichsberg auf. Um die „Grundlagen des Schwachsinns" dem Beschauer verständlich zu machen, hat er eine stattliche Anzahl Schädel von Hydrozephalen, Mikrozephalen, Negern, Affen etc. ausgestellt; auch ein Modell des berühmten Neanderthalschädels ist dort anzutreffen. Diese Sammlung birgt zum Teil recht beachtenswerte Stücke, ich will nur den Schädel eines 20jährigen Mädchens erwähnen mit 39 cm Umfang und 490 ccm Inhalt! Auch das vollständige Skelett einer Kretine darf nicht „übersehen" werden, die Zwergin hat nur eine Skelettlänge von 94,4 cm und ihr Schädel mißt 50,5 cm im Umfang.

Sodann lernen wir in dieser Abteilung die Veranstaltungen kennen, die Staat, Kommunen und Privatleute zum Schutze der Minderjährigen bereits geschaffen haben. Zunächst belehrt uns eine Karte von Deutschland über diejenigen Städte, in denen bereits Jugendgerichtshöfe in irgendeiner Form am Werke ist. Ferner werden uns in Lageplänen, Tafeln und Modellen mehrere Heil- und Erziehungsheime vorgeführt. Bilder aus diesen (ausgestellt vom „Verein zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Mißhandlung"), ein Kaufladen für den Schwachsinnigen-Unterricht, Handarbeiten epileptischer Kinder (aus der Provinzialanstalt zu Potsdam) führen uns in den Betrieb dieser Stätten ein. Beachtung verdienen auch die Arbeiten, die vom „Deutschen Verein für Krüppelfürsorge" ausgestellt sind (Halle 42), denn auch diese Kranken fallen zum Teil mit unter die Tätigkeit des Nervenarztes, sind doch nach der amtlichen Zählung im Jahre 1906 unter etwa 100000 jugendlichen Krüppeln 3700 epileptisch und 344 idiotisch und taubstumm. Mit Freude erfüllt es uns, wenn wir an den ausgestellten Arbeiten sehen, daß der Scharfsinn geduldiger und tatkräftiger Helfer 75 Erwerbsmöglichkeiten für diese Kranken geschaffen hat und ihnen somit Gelegenheit zur Beschäftigung und zu mehr oder weniger großem Verdienst gegeben hat. Gipsabdrücke, Röntgenbilder etc. vervollständigen dann noch das Bild des „Krüppelheims".

In Anbetracht unserer seit Jahren in so ausgedehnter und weitgreifender Weise durchgeführten Seuchenbekämpfung ist diesem Zweige der Hygiene ein besonders großer und ausführlicher Raum gewidmet, aus dem nur die auch für den Anstaltsbetrieb so überaus wichtigen Baracken, von denen mehrere Aufstellung gefunden haben, hervorgehoben seien. Wie vollkommen unsere Techniker den Riesenfortschritten der Hygiene auch hierbei Schritt gehalten haben, zeigt uns z. B. „das atmende Haus": eine zerlegbare, transportable Döcker Baracke, deren Teile einzeln zum Einhängen und Ineinanderpassen eingerichtet sind.

Dieser oder jener Anstaltsarzt wird gewiß mit Interesse die Halle 54, „Ansiedlung und Wohnung" besichtigen, aus der ich nur die Kapitel Lüftung und Heizung, Boden und Wasser, Wasserversorgung und Bestattung herausgreife. Dieser Abschnitt, wie auch die ganze sonstige Ausstellung, ist übrigens eine ausgezeichnete Vorbereitung für alle diejenigen Kollegen, die sich der staatsärztlichen Prüfung zu unterziehen gedenken.

Auch der Gefängnisarzt findet reiche An-

regung in Halle 40 (Rückseite); besonders gefiel mir hier die praktische Ausnutzung eines Schiffes zur Unterbringung von Gefangenen. Mit Interesse nimmt er gewiß auch die Kostzettel wahr nebst den dabei befindlichen, genau abgemessenen Rationen in natura. Ein Stundenplan für den Schulunterricht jugendlicher männlicher Gefangener in Plötzensee legt uns Zeugnis dafür ab, daß nicht nur das leibliche Wohl der Insassen berücksichtigt wird, sondern daß man sie auch für einen Beruf und den Kampf ums Dasein immer mehr stärken und festigen will; wahrlich eine Hygiene im schönsten und weitesten Sinne!

Zwei für die Psychiatrie gleichfalls ungemein wichtige Faktoren, Alkoholismus und Rassenhygiene, sind in Halle 55 anzutreffen; beide Sammlungen sind auf streng wissenschaftlichen Forschungen und Erhebungen aufgebaut und lenken in übersichtlicher und verständlicher Weise des Laien und des Arztes Aufmerksamkeit auf sich.

Kein Besucher sollte versäumen, die Historische Abteilung (Nr. 2) zu betreten, die in Bild, Plastik oder Modell von der Steinzeit bis zur Gegenwart führt und uns die gesamte Kulturentwicklung der Menschheit anschaulich erkennen läßt.

Dies alles ist nur ein Teil der deutschen Abteilung, in der noch Arbeiterversicherung, Bäder und Kurorte, Nahrungs- und Genußmittel, Sport, Kraftmaschinen usw. usw. eine eingehende Würdigung gefunden haben.

Mit Interesse wird man auch durch die ausländischen Pavillons streifen und dabei zugleich einen Blick in die Sitten und Lebensgewohnheiten fremder Nationen und die Höhe ihrer Kulturentwicklung tun.

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Fortsetzung.)

W. Reiß und F. Krzysztalowicz (Krakau)[48]) beobachteten in einem Fall von syphilitischer Pseudotabes nach zwei Injektionen „eine ganz wesentliche Besserung". Bei einem Paralytiker trat nach zwei Injektionen auch eine bedeutende Besserung aller Symptome ein, so daß der Patient aus der psychiatrischen Abteilung als gebessert entlassen wurde.

M. Oppenheim (Wien)[49]) demonstrierte in der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien einen Fall von frischem, makulo-papulo-pustulösem, syphilitischem Exanthem und kompletter rechtsseitiger Fazialislähmung. Auf 0,6 Salvarsan ging Exanthem und Lähmung zurück, ersteres bis auf vereinzelte Pigmentierungen, letztere fast vollständig. Der prompte Erfolg des Salvarsans beweist, „daß die Fazialislähmung durch die Syphilis bedingt war" (durch komprimierende Periostitis im Kanalis Fallopiae oder durch direkte spezifische Neuritis), und „daß man bei peripheren luetischen motorischen Nervenerkrankungen unbedenklich „606" anwenden kann."

J. Müller[50]) sah bei einem vorgeschrittenen Fall von Tabes keinen Erfolg, bei einem beginnenden, bis dahin nie behandelten Fall Schwinden der subjektiven Beschwerden (lanzinierende Schmerzen, Harnbeschwerden).

Lazarus[51]): Ein 40jähriger, sonst organgesunder, muskulöser Mann von 210 Pfund Körpergewicht, mit Tabes inzipiens, bekommt 40 Stunden nach intravenöser Injektion von 0,4 Salvarsan in alkalischer Lösung einen schweren Kollaps mit Herzstillstand und Atempause, Zyanose und kaltem Schweiß. In den nächsten 3 bis 7 Tagen ganz foudroyante Steigerung der Nervensymptome: „Heftigste Neuralgien und qualvolle Hauthyperästhesien im Bereich des Cauda equina-Bezirks, völliger Verlust der Patellar- und Pupillenreflexe, welche Erscheinungen vorher nur teilweise bestanden hatten. . . Diese Symptomsteigerungen bildeten sich in wenigen Tagen zurück und machten völligem Wohlbefinden Platz. Auch die Wassermannsche Reaktion im Blute wurde negativ." Die bei demselben Patienten vorhandene alte luetische

---

[48]) W. Reiß und F. Krzysztalowicz (Krakau), Zur therapeutischen Bedeutung des Arsenobenzols (606). Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 7.

[49]) M. Oppenheim, Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 7.

[50]) J. Müller, Meine Erfahrungen mit 606. Berl. klin. Wochenschrift, 1911, S. 47.

[51]) Lazarus, Diskussionsbemerkung, Deutsch. mediz. Wochenschrift, 1911, Nr. 4, S. 185.

linksseitige Labyrintherkrankung besserte sich minimal, jedenfalls verschlimmerte sie sich nicht. Als Herxheimersche Reaktion des Nervus kochlearis möchte Lazarus eine bei diesem Patienten drei Tage nach der Injektion aufgetretene, nach einigen Tagen zurückgegangene Taubheit mit Ohrensausen auffassen.

Weber[52]): Die Wirkungen bei tertiärer Lues des Zentralnervensystems waren glänzend. Patienten mit luetischen Erkrankungen des Augennervensystems erfuhren keinerlei subjektive oder objektive Verschlechterungen. Bei zwei Kranken stellte sich die sicher erloschene Pupillenreaktion wieder ein und ist bis zur Zeit der Berichterstattung, in dem einen Falle seit sechs Monaten, erhalten geblieben. Bei Tabikern und Paralytikern folgten den vorsichtig dosierten Injektionen nie Verschlechterungen, wohl aber mindestens subjektive Besserungen.

A. Fränkel[53]) hat in 60% der mit Salvarsan behandelten 13 Fälle von tertiärer Lues des Zentralnervensystems durchaus den Eindruck einer günstigen Beeinflussung gehabt. Dreimal wurde Rückgang einer Stauungspapille beobachtet.

W. Friedländer[54]): In einem Fall von nichtsyphilitischem Diabetes schwand nach einer Injektion von 0,5 (intravenös) der Zucker. — Zwei Fälle von Stauungspapille wurden prompt beeinflußt; in einem Falle von syphilitischer Labyrintherkrankung gingen die Erscheinungen nach 0,5 intravenös prompt zurück.

L. Michaelis[55]) glaubt, daß man gerade bei denjenigen Spätfällen von Nervenerkrankungen, in denen die Wassermannsche Reaktion an sich negativ ist, überhaupt nichts auf deren Ausfall zu geben hat; man sollte sich in einem solchen Falle bei sonst sicher erkannter Spät-Lues in seinem therapeutischen Handeln nicht dadurch beeinflussen lassen, daß die Wassermannsche Reaktion negativ ist.

Weiler[56]): „Mehrere Tabesfälle wurden günstig beeinflußt."

Klingmüller[57]): Es wurden von Nervenkranken behandelt: vier Tabiker, ein Taboparalytiker, zwei Paralytiker. Eine Beeinflussung des Leidens durch das Mittel konnte nicht festgestellt werden.

Heine[58]): „Ein Fall von Neuritis optika bei Meningitis luetika wurde sehr wesentlich gebessert; ein Patient mit Lues cerebri starb einige Zeit nach der Injektion an Ausbreitung alter zerebraler Prozesse". . . Ohne Wirkung war die Behandlung in fünf Fällen von Lues cerebri.

Raecke[59]): „Die in der psychiatrischen Klinik injizierten Paralytiker zeigten gar keine Beeinflussung der Erkrankung durch die Behandlung."

A. Pick (Prag)[60]) berichtete „über einen Fall schwerster allgemeiner Lähmung (wahrscheinlich Polyneuritis) bei einem Tabischen infolge von Injektion mit 606, endlich über Erfolglosigkeit der Injektionen bei Paralysen."

Münzer (Prag)[61]) meint auf Grund einer Zusammenstellung von 2200 Krankengeschichten über die Wirkung von 606, es ergebe sich bei den Nervenkrankheiten mit Sicherheit, daß sonst der Atrophie verfallene Fasern vor dieser bewahrt werden und infolgedessen in verzweifelten Fällen der Versuch mit 606 zu wagen sei. Ein Fall von Diabetes seiner Behandlung heilte auf die Injektion vollständig.

Elschnig (Prag)[62]) sah in einem Fall von Sehnervenatrophie infolge basilarer Meningitis, wobei unter Quecksilber und Jod in sechs Wochen wesentliche Besserung der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes aufgetreten war, nach 606 noch weiter geringe Besserung der Sehschärfe des rechten Auges eintreten. Einen „glänzenden Erfolg" sah er bei einer 61 jährigen Frau, welche seit drei Jahren an heftigsten Kopfschmerzen, die ein- bis zweimal täglich mehrere Stunden dauerten, mit öfterem Erbrechen litt, außerdem seit neun Monaten eine luetische Abduzensparese hatte. Quecksilber, Jod, Badekur in Hall mit Inunktionen besserten den Zustand etwas. Dagegen hörten die Kopfschmerzen erst 24 Stunden nach 606-Injektion auf und waren bis zur Zeit der Berichterstattung (d. h. in den nächsten vier Wochen) nicht wiedergekehrt. Die Abduzenslähmung blieb unverändert. Pat. erklärt, „dem Leben wiedergegeben" zu sein. In einem Falle von Tabes und von Taboparalyse, letzterer mit vorgeschrittener Sehnervenatrophie, keine Besserung.

Hirsch (Prag)[63]) sah bei Tabes mit wahrscheinlich luetischer Sehnervenatrophie (beiderseits konzentrische Verengung des Gesichtsfeldes, große zentrale Skotome, Rotgrünblindheit; Infektion vor 14 Jahren) nach Injektion von 0,5 606 Besserung der Sehschärfe

[52]) Weber, a. a. O. p. 186.

[53]) Fränkel, a. a. O. p. 187.

[54]) W. Friedländer, a. a. O. p. 188.

[55]) L. Michaelis, a. a. O. p. 188.

[56]) J. Weiler, Über die Behandlung der Syphilis mit Ehrlich-Hata 606, a. a. O. p. 94.

[57]) Klingmüller, Erfahrungen mit Ehrlich-Hata 606 an 273 Fällen, a. a. O. p. 96.

[58]) Heine, Diskussionsbemerkung, a. a. O. p. 96.

[59]) Raecke, Diskussionsbemerkung, a. a. O. p. 96.

[60]) A. Pick (Prag), a. a. O. p. 96. Sitz.-Bericht des Ver. deutsch. Ärzte in Prag vom 27. XI. 10.

[61]) Münzer, Diskussionsbemerkung, a. a. O. 97.

[62]) Elschnig, a. a. O. p. 97.

[63]) Hirsch, a. a. O. p. 97.

in vier Wochen und Besserung der Skotome mit Auftreten von sehenden Partien. „In dem Zerfall des Skotoms sieht Vortr. den objektiven Ausdruck der spezifischen elektiven Wirkung des Mittels auf die syphilitischen Produkte im Optikus, durch deren Verschwinden einzelne Faserbündel entlastet und wieder leistungsfähig werden. In dem Rotsehen erblickt er den subjektiven Ausdruck der lokalen Reaktion im Sehnerven." (Es trat nach der Injektion intensives Rotsehen im Bereiche des Skotoms auf.) Auch eine luetische Neuritis optica intraocularis mit Atrophie der Papille und schweren Veränderungen der Augenhintergrundgefäße bei einem 56jährigen Manne besserte sich nach 606 in bezug auf das Sehvermögen unter Rückbildung der Verdickungen der Gefäßwandungen. Bei einem 34jährigen Mann mit mäßiger Erweiterung und reflektorischer Starre der Pupille reagierte die Pupille 14 Tage nach Injektion von 0,6. Nach Hirsch kann daher das Salvarsan bei Sehnervenerkrankungen angewendet werden.

Levi und Barré (Paris)[64]): Eine Okulomotoriuslähmung heilte auf 0,5 Salvarsan nach zwei Tagen vollständig; sie war fünf Wochen lang erfolglos mit Quecksilberjodürinjektionen behandelt worden.

Milian[65]) sah bei zwei derartigen Fällen keinen Erfolg von 606.

Sicard[66]) sah bei sieben Fällen von Nervensyphilis gute Resultate nach intravenöser Injektion von 606, nur einmal dabei Erbrechen.

L. Bernard (Paris)[67]) sah in einem Falle von zerebrospinaler Syphilis (Delirien, Augenmuskellähmungen, Gaumenlähmung, Kopfschmerz, Paresen der Beine, Kachexie) nach 0,45 606 Verschlimmerung des Zustandes, Verstärkung des Delirs, Sphinkterenstörung. Die sieben Tage darauf eingeleitete Quecksilberbehandlung brachte die Symptome fast ganz zum Schwinden.

Guillain und P. Rarant[68]): Eine 28jährige sekundärsyphilitische, am 14. August nach Ikterus von linksseitiger Hemiplegie (schlaffe Lähmung, Sensibilitätsstörungen, Blase- und Mastdarmlähmung etc.) befallene, am 19. August mit 0,45 606 intramuskulär injizierte Patientin starb am 28. August, ohne daß sich die Lähmung gebessert hätte. Herz normal. Keine Hirnblutung, kleiner Erweichungsherd am hinteren Teil der inneren Kapsel.

Sicard und Bloch (Paris)[69]): Arsenobenzol findet man nach intramuskulärer Injektion nicht im Liquor zerebrospinalis, dagegen nach intravenöser.

Plehn (Berlin)[70]): Vier Tabesfälle, einmal Besserung der heftigen Schmerzen, einmal Besserung der Blasenbeschwerden, zweimal keine Wirkung, doch ist die Beobachtungsdauer zur Zeit der Berichterstattung in diesen beiden Fällen noch zu kurz gewesen. — Eine beginnende Paralyse: keine Wirkung. — Eine Myelitis transversalis luetika: nach einer Injektion während kurzer Beobachtung keine Änderung. — 40jährige, vor 18 Jahren infizierte Frau, die Spritzkur gemacht hat, mit verminderter Sehkraft (seit 1909) und Schwindel, Kopfschmerzen, Ohnmachten (seit Anfang 1910), Inkongruenz und Starre der Pupillen, alter Parese von Armen und Händen: auf 0,4 606 schwinden Schwindel und Kopfschmerzen, objektiv keine Veränderung. Pat. wurde gebessert entlassen. — Bei einem Falle syphilitischer Labyrinthaffektion mit fast vollkommener Taubheit (seit 1903 Abnahme des Gehörs; wiederholte Kuren, zuletzt 1908) auf 0,6 606 beträchtliche subjektive und objektive Besserung des Hörvermögens. — Bei einem 28jährigen, 1901 infizierten, mit zwei Schmierkuren behandelten Pat. mit chronischer Nephritis und Pupillenstarre geht der Eiweißgehalt drei Wochen nach der ersten Injektion auf $^1/_8$ zurück, drei Wochen nach der zweiten reagierte die linke Pupille deutlich auf Licht. — Bei einem 41jährigen Pat. mit linksseitiger Ptosis und Internuslähmung und Starre der erweiterten Pupille, mit Ataxie und Lähmung der Beine, Parästhesien und Analgesien, Parese von Blase und Mastdarm war der Befund nach drei Injektionen von 0,4 bis 0,5: Ptosis fast verschwunden, Parese von Blase und Mastdarm völlig beseitigt, Ataxie gebessert; Pat. geht im Gehstuhl und erhebt sich vom Stuhl ohne Hilfe. Innerhalb dreier Monate 20 Pfund Gewichtszunahme. — 28jähriger, vor zehn Jahren infizierter wiederholt behandelter Patient mit rechtsseitiger Hemiplegie (13. Juni 1910), motorischer Aphasie, Parese und zeitweiliger Paralyse von Blase und Mastdarm, psychischer Verwirrtheit, Pupillendifferenz und -Starre, Ulcera ad anum; nach drei Injektionen von 0,4 (Kalomel führte sofort zur Intoxikation) und Jodkali: „geistig längst absolut klar; Blase, Mastdarm, Sprache durchaus normal, geht ohne Stock; rechter Arm noch paretisch, aber in schnell fortschreitender Besserung." — 45jährige Frau (Mann syphilitisch) mit seit sechs Jahren bestehender Ptosis etc. und mit apoplektischem

[64]) Levi und Barré, a. a. O. p. 98. Sitz.-Bericht der Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 21. X. 10.

[65]) Milian, a. a. O. p. 98.

[66]) Sicard, a. a. O. p. 98.

[67]) L. Bernard, a. a. O. p. 98.

[68]) Guillain und P. Rarant, a. a. O. p. 98.

[69]) Sicard und Bloch, a. a. O. p. 99.

[70]) Plehn, Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 2, Vereinsbericht p. 89.

Insult (linksseitiger Hemiparese, Ptosis und Internuslähmung, beiderseitiger Starre und Erweiterung der Pupillen); $3^1/_2$ Woche nach 0,6 ist die Hemiparese soweit gebessert, daß Pat. ohne Stock gehen kann. Augenbefund unverändert. — 49jähriger Patient; Juli 1910 Behandlung wegen schwerer Zerebrospinallues. 1. Oktober „akute Paralyse (Lähmung der Beine, Blase, Mastdarm, Sprache, Zystitis, Geistesstörung, Krämpfe, Dekubitus, Abmagerung, schlechter Puls"). 3. Oktober 0,5 606. 4. Oktober Exitus unter Versagen der Herztätigkeit. Von Salvarsan-Tod kann hier nicht die Rede sein. — In einem Falle von rezidivierenden heftigen, luetischen Kopf-, Nacken- und Brustschmerzen, Fieber, kachektischer Gewichtsabnahme brachte 606 jedesmal Besserung; es wurden drei Injektionen gemacht und schließlich prophylaktisch noch eine vierte und fünfte. Nach der vierten prophylaktischen Injektion trat kein Rückfall mehr auf. Pat. hat in zwei Monaten 21 Pfund zugenommen. Salvarsan hat hier „direkt rettend" gewirkt. — Zwei weitere Nervenfälle mögen hier übergangen werden, weil die Diagnose: ob Syphilis, zweifelhaft war; das Mittel hatte aber auch hier günstig gewirkt. — Salvarsan wirkte also in den wenigen Fällen von Nervensyphilis kürzeren Bestehens ausgezeichnet, selbst wo Kalomel versagt hatte, und erzielte in ganz veralteten Fällen mehrfach überraschende Besserung. Plehn meint, daß der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion allein als Indikation für das therapeutische Handeln nicht betrachtet werden darf. Plehn bevorzugt die Etappenbehandlung.

(Fortsetzung folgt.)

(Aus der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Direktor Geh. Rat Dr. Schüle.)

Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit.

Ein psychiatrisch-statistischer Vorschlag von Dr. *Hans Römer*, Anstaltsarzt.

Vor kurzem hat der bekannte Medizinalstatistiker Weinberg*) die Ziele und Wege der psychiatrischen Statistik eingehend behandelt und dabei für die Feststellung der Erkrankungsziffer der verschiedenen sozialen Schichten sowie zur Erlangung aktenmäßig gesicherter Familienanamnesen die Anlegung einer Stammliste sämtlicher Anstaltsinsassen und gewisser Kategorien der freilebenden Geisteskranken eines Staates befürwortet. Med.-Rat Fischer-Wiesloch hat schon früher auf dem 3. Internationalen Kongreß für Irrenpflege**) in Wien die einheitliche Verarbeitung des statistischen Materials der Anstalten durch eine im politischen Mittelpunkte jedes Landes zu gründende psychiatrisch-statistische Zentralstelle gefordert und in der Denkschrift***) i. J. 1909 die Zählung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten als dringendes Erfordernis empfohlen. In Ergänzung der von Weinberg gegebenen Anregung möchte ich nun die Aufstellung und Führung einer zentralen Stammliste aller zur Kenntnis der Behörden kommenden Fälle von Geisteskrankheit innerhalb eines Territoriums (Provinz, Bundesstaat) vorschlagen. Hierdurch würde die Erforschung der Ätiologie, insbesondere der Erblichkeit wesentlich gefördert, ferner durch Einbeziehung der freilebenden Geisteskranken — soweit eine solche mit Zuverlässigkeit überhaupt möglich ist — die Frage, ob die Zahl der Geisteskranken zunimmt, einer Lösung näher gerückt, und endlich an einem großen Material ein genauerer Einblick in die vielfältigen und wichtigen sozialen Beziehungen der Psychose und der Psychopathie eröffnet. In organisatorischer Hinsicht könnte eine solche Stammliste der Einrichtung der von Fischer geforderten psychiatrisch-statistischen Zentralstelle vorarbeiten.

Auf Wunsch meines hochverehrten Chefs, des Herrn Geheimrat Schüle, habe ich diesen Vorschlag, namentlich auch im Gedanken an die Erblichkeitsforschung, weiter ausgebaut und erlaube mir mit seiner gütigen Zustimmung denselben in kurzen Zügen mitzuteilen.

Die Stammliste soll alle Fälle enthalten, bei denen die psychische Störung zu sozialer Untüchtigkeit und infolge hiervon zu einem bestimmten, aktenmäßig festgelegten und statistisch klar faßbaren Ereignis, wie Internierung, Entmündigung, Ehescheidung oder Selbstmord, geführt hat. Mit der Aufstellung und Führung dieser namentlichen Stammliste ist am zweckmäßigsten die medizinal-statistische Ab-

*) Weinberg, Statistik und Vererbung in der Psychiatrie. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankh. 5. B. 1. H.

**) Offizieller Bericht S. 310 ff.

***) Fischer, Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden.

teilung der statistischen Zentrale des betreffenden Territoriums zu betrauen. Dort wird wohl meist wie z. B. in Baden die administrative Irrenstatistik seit längerer Zeit gesammelt und verarbeitet, dort geht auch schon jetzt der größte Teil des erforderlichen Materials, allerdings in zerstreuten Gebieten, ein, dort ist endlich das technisch geschulte Personal am leichtesten zur Verfügung. Selbstverständlich steht die Liste unter demselben dienstlich-diskretionären Schutze wie alle anderen namentlichen statistischen Erhebungen, z. B. die Todesursachenstatistik.

Der Grundstock der Stammliste wird sinngemäß durch die Namen der in die öffentlichen und privaten Anstalten aufgenommenen Geisteskranken gebildet. Die Insassen der konzessionierten Privatanstalten sind wohl überall anmeldepflichtig und damit durch die beamteten Ärzte zu erhalten. Ferner lassen sich die an Geisteskrankheit Verstorbenen und die Selbstmörder ohne weiteres der Todesursachenstatistik entnehmen, bei letzteren wäre ein ärztlicher Vermerk, ob Geisteskrankheit sicher bezw. wahrscheinlich anzunehmen ist, wünschenswert. Die Zwangserziehungszöglinge (am besten mit einer Notiz über die psychische Gesundheit seitens des begutachtenden Arztes), die wegen Geisteskrankheit bezw. Geistesschwäche nicht zur Schule zugelassenen Kinder, ferner die Hilfsschulzöglinge, die Pfleglinge der Epileptiker-, Idioten- und Schwachsinnigen-Anstalten werden sich unschwer hinzufügen lassen, ebenso die Insassen der Trinkerheilstätten, der Kreispflegeanstalten und der Pfründnerhäuser (letztere mit Ausschluß der nur körperlich Siechen). Auf entsprechende Anregung wäre von der Militärbehörde die Liste der wegen Geisteskrankheit bezw. wegen Geistesschwäche ausgemusterten Rekruten, der aus demselben Grunde aus dem Heeresverbande entlassenen Soldaten, sowie der bei der Truppe psychisch Erkrankten zu erhalten. Weiterhin müßten alle Fälle von Entmündigung wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder Trunksucht sowie von Ehescheidung wegen Geisteskrankheit eines Teiles, außerdem die wegen Unzurechnungsfähigkeit bezw. Zweifels an der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 des RStrGB. exkulpierten Rechtsbrecher, die wegen Geisteskrankheit aus dem Strafvollzug ausgeschiedenen Verurteilten und die während des Strafvollzugs psychisch erkrankten Verbrecher mit einbezogen werden. Für jeden dieser Fälle müßte, wie dies in Baden jetzt schon für die Ehescheidungen geschieht, eine namentliche Zählkarte an die statistische Zentrale gesandt werden. Außerdem lassen sich von den Landesversicherungsanstalten die Namen der wegen Geisteskrankheit Invalidierten in Erfahrung bringen. Endlich können die Namen der freilebenden Geisteskranken, die der öffentlichen Armenpflege (Gemeinde, Landarmenverband) zur Last fallen, gelegentlich der regelmäßigen Berichte über sämtliche derart unterstützte Personen in Erfahrung gebracht werden.

Wie erwähnt, dürfte das notwendige Material zum größten Teil schon bisher, über die verschiedenen statistischen Kategorien zerstreut, bei allen statistischen Zentralämtern einlaufen; für dieses bedarf es nur der Herstellung von Doubletten. Was neu hinzubeschafft werden muß, ist nach Mitteilung der technischen Sachverständigen *) z. B. in Baden, ohne größere Mühe zu verursachen, erhältlich. Die Zählkarten werden am besten alphabetisch und innerhalb der einzelnen Buchstaben nach Verwandtschaft geordnet sowie mit verwandtschaftlichen Verweisungen versehen. Sie müssen deshalb die nächsten Verwandtschaftsangaben enthalten. Rückfragen an die Standesämter würden überall da, wo Familienregister vorhanden sind (wie in Württemberg) oder eingeführt werden, unschwer zu erhalten sein. **) Die entstehenden Kosten sind nach sachverständiger Beurteilung anfangs überhaupt kaum nennenswert, aber auch bei weiterem Anwachsen des Materials so gering, daß sie als ernsthaftes Hindernis nicht in Betracht kommen können.

Naturgemäß würde der volle Wert der Einrichtung erst hervortreten können, wenn sie längere Zeit hindurch bestanden hat.

In welcher Richtung liegen nun die Vorteile, die von einer derartigen zentralen Stammliste erwartet werden dürfen?

1. Die Gesamtzahl der Geisteskranken eines Territoriums (innerhalb wie außerhalb der Anstalten) würde annäherungsweise festgestellt werden; ähnlich wie in England entgehen dieser Stammliste nur die Angehörigen der besser situierten Familien, die zu Hause oder sonst familiär verpflegt werden,

*) Herrn Geh. Oberregierungsrat Dr. G. Lange, Vorstand des Großh. statistischen Landesamtes, und Herrn Regierungsrat Dr. M. Hecht spreche ich auch hier für ihre gütigst gewährte maßgebliche Beratung meinen ergebenen Dank aus.

**) Der in Rede stehende Vorschlag kann natürlich nicht mit der Frage einer zeitgemäßen Umgestaltung des völlig veralteten offiziellen Diagnosenschemas des Bundesrats verquickt werden: er ist in seiner Durchführbarkeit von einer solchen durchaus unabhängig. Die Stammliste würde aber wie die gesamte übrige Statistik an Wert wesentlich gewinnen, wenn eine derartige Reform einmal, nach Fischers Vorschlag, in Angriff genommen würde.

und zwar nur, sofern sie nicht wegen Entmündigung oder sonstwie mit irgendeiner Behörde in Berührung kommen und ihre Geisteskrankheit nicht als Todesursache angegeben wird. Da es keinen Weg geben dürfte, diese Fälle jemals irgendwie statistisch zu erfassen, ihre Zahl andererseits auch kaum ins Gewicht fallen wird, dürfte die vorgeschlagene zentrale Stammliste noch immer das zuverlässigste, wenn auch nur ein angenähertes Ergebnis zeitigen. Dieses wird uns, falls nach Fischers Vorschlag die Zählung der freilebenden Geisteskranken einmal auch bei uns mit den Volkszählungen verbunden wird, die Möglichkeit einer sicheren Kontrolle in die Hand geben. Ferner wird es genügen, die Frage nach der Zunahme der Geisteskranken, deren Dringlichkeit Kraepelin neuerdings wiederholt betont hat, durch fortgesetzte Beobachtung zu klären. Zugleich würden sich genügende Anhaltspunkte für das zahlenmäßige Verhältnis zwischen der Anstaltsbevölkerung und den freilebenden Kranken und damit im Laufe der Zeit hinreichender Stoff zur Prüfung der Wilmannsschen*) Anschauung von der zunehmenden Anstaltsbedürftigkeit der Geisteskranken bezw. der zu Geisteskrankheit Disponierten ergeben.

2. Für die Erblichkeitsforschung würde durch die vorgeschlagene Liste das präzise, aktenmäßige Material, dessen sie dringend bedarf, angesammelt werden. Alle neueren Forscher (Diem, Koller, Rüdin, Strohmayer) sind sich in der Reformbedürftigkeit gerade der Erblichkeitsstatistik einig. Eigene Untersuchungen haben mich zu der Überzeugung gebracht, daß zwar eine technisch zweckmäßigere Verarbeitung des in den Krankengeschichten niedergelegten Materials als die bisher übliche, sofern sie in großem Maßstab vorgenommen wird, eine bessere Annäherung an den Grad des erblichen Einflusses ermöglichen und besonders durch die notwendige gleichzeitige Verfolgung der exogenen Ursachen noch weitere Erkenntnisse bringen kann. Einen tieferen Einblick in die Qualität der hereditären Beziehungen der Geisteskrankheiten werden wir uns jedoch von den herkömmlichen Anamnesen der Krankengeschichten nicht versprechen dürfen. In allgemein-statistischer Hinsicht läßt sich ausschließlich von dem exakten Vergleich mit den entsprechenden gesunden Bevölkerungseinheiten nach Weinbergs Vorgang bei der Tuberkulose ein Ergebnis erwarten. Daneben können nur Spezialuntersuchungen, nämlich die geduldige Familienforschung, die sich besonders mit den Familienanlagen und den Verwandtenpsychosen beschäftigt,*) sowie die psychiatrische Durchforschung**) verwandter Bevölkerungsgruppen (Dörfer mit Inzucht) unter Berücksichtigung der neuesten naturwissenschaftlichen Erblichkeitsforschung (Mendelismus) weiterführen. Für beide Methoden sind aktenmäßige Angaben, wie sie die gedachte Liste liefern kann, von ausschlaggebender Bedeutung: sie werden jeweils die beste Grundlage für die nötigen Erhebungen, besonders über wenig auffallende Psychopathen u. a., abgeben.

3. Die wichtige Erforschung der exogenen Ätiologie ist gleichfalls auf den Vergleich mit der gesunden Bevölkerung angewiesen. Es wird sich die Erkrankungsgefahr der verschiedenen Lebensalter, Berufe und sozialen Schichten mit Hilfe der Stammliste feststellen und so allmählich die bisher noch fehlende exakte Voraussetzung für eine soziale Prophylaxe gewinnen lassen.

4. Schließlich wird die Liste im Laufe der Jahre einen genauen Einblick in die Lebensschicksale der Kranken gestatten. Die freilebenden chronischen Geisteskranken und insbesondere die Psychopathen werden naturgemäß wiederholt in der Liste vertreten sein (so z. B. dieselbe Persönlichkeit etwa wegen Zwangserziehung, Exkulpierung, vorübergehender Internierung und Selbstmordes) und auf diese Weise ein lehrreiches Bild ihrer krankhaften Eigenart und Reaktionsweise, ihrer sozialen Untauglichkeit und ihrer häufig verhängnisvollen Bedeutung für die Gesellschaft geben. Ein besonderes Interesse werden die hierbei resultierenden Biographien der Psychopathen mit kriminellen Neigungen (die vermindert Zurechnungsfähigen) beanspruchen.

5. Ein unmittelbar praktischer Vorteil der Liste bestünde in der Möglichkeit, für forense Gutachten und wissenschaftlich wichtige Fälle durch Anfrage bei der Zentrale jederzeit eine aktenmäßige Familienanamnese zu erheben, ein Vorzug, den jeder zu schätzen weiß, der die üblichen Erhebungen kritisch zu bewerten hat. Daß die katamnestische Verfolgung aller genauer studierten Fälle durch die

*) Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursache. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 4. Bd., 5. H.

*) Vergl. die Arbeiten von Sommer, Berze, Frankhauser u. a. Mit einem speziellen Teil dieses Problems beschäftigte sich meine Arbeit über die Genealogie der epileptischen Anlage. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 67.

**) Einiges von den Ergebnissen einer derartigen Untersuchung habe ich für die internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden zusammengestellt. [Stammbäume aus zwei mittelbadischen Wein-Orten mit 1000 und 200 Einwohnern, sozialmedizinischer Beitrag zur degenerativen Wirkung des Alkoholismus und der Inzucht (Verwandtenehen)].

Liste ganz beträchtlich erleichtert würde, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

So dürften aus der Aufstellung und Führung der vorgeschlagenen Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit der Psychiatrie wie der Irrenfürsorge in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht wesentliche Vorteile erwachsen. Dabei scheint es mir besonders wichtig, daß die Ausführung dieses Vorschlages keineswegs mit wesentlichen Kosten verbunden ist. Erst wenn eine solche einfachere Einrichtung die Richtigkeit unserer Forderungen in kleinerem Maßstabe auch für irrenärztliche Laien erwiesen hat und die Erkenntnis der sozialen Bedeutung der Psychiatrie in weitere Kreise gedrungen ist, werden — in natürlicher Weiterentwicklung einer derartigen Organisation — die wohlbegründeten Vorschläge zu einer großzügigen, staatlich durchzuführenden Ursachenforschung, wie sie früher Frank*) und vor kurzem wieder Sommer**) gemacht haben, bei den maßgebenden Stellen auf Gehör hoffen dürfen. Bis dahin bleibt es unserer Aufklärungsarbeit überlassen, immer wieder darauf hinzuweisen, daß die finanziellen Anforderungen, welche die Irrenfürsorge in bedenklich steigendem Maße an die Steuerkraft der Geistesgesunden stellt, nicht so sehr ein Hindernis als vielmehr ein Ansporn sein müssen, durch zielbewußte Förderung der Ursachenforschung die individuelle und soziale Prophylaxe im Interesse der Allgemeinheit weiter zu entwickeln.

*) mit dem „Internationalen Institut zum Studium und zur Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten".

**) mit dem Plane der Angliederung einer psychiatrischen Abteilung an das Reichs-Gesundheitsamt. Diese Wochenschrift, 1910 Nr. 31, 1911 Nr. 4.

Mitteilungen.

— In einer für den Livländischen Landtag von 1911 bestimmten Druckschrift berichtet Direktor Dr. A. Behr über die vier ersten Jahre der 1907 eröffneten **Livländischen Landesanstalt für Geisteskranke in Stackeln.** Der Bericht zeigt, daß es bei zielbewußtem Willen möglich ist, selbst unter den allerungünstigsten Verhältnissen (Nachwirkungen der Revolution, nationale Gegensätze, Pflegermangel, schwierige wirtschaftliche Umstände) alle zeitgemäßen Grundsätze in der Krankenpflege und Krankenbeschäftigung zur Durchführung zu bringen. Die Anstalt, ausschließlich der Versorgung der livländischen Landbevölkerung dienend, hatte März 1911 212 Kranke. Es überwogen die einfachen Seelenstörungen, die alkoholischen und syphilitischen Kranken hatten nachweislich ihre Heimat schon vor Jahren verlassen und waren in den Sitten der städtischen Bevölkerung aufgegangen. Auf 4,5 Kranke eine Pflegeperson, daher Dauerbadbetrieb auch Nachts durchführbar. Auf der Abteilung für unruhige Frauen wurde mit Erfolg ein Webstuhl aufgestellt. Verf. ließ einer Gruppe von 12 bis 14 bewegungsarmen weiblichen Kranken täglich systematischen Bewegungsunterricht an heilgymnastischen Apparaten erteilen, um der Entwicklung von Tuberkulose vorzubeugen. Die Pflege der Männer liegt — ohne Unzuträglichkeiten — in weiblichen Händen. Im Dauerbad der Männer führt ein Pfleger die Aufsicht. Ferner ist in jedem Männerhause ein männlicher Pfleger als Schutz für unvorhergesehene Fälle im Dienst. Die Aufsicht über die Krankenarbeit führen männliche Pfleger, während die Pflegerinnen nur zum Teil bei der Außenarbeit herangezogen werden.

Als Nachwirkungen der allgemeinen revolutionären Unruhe im Lande streikten am 31. April 1907 die Pflegerinnen und am 23. August 1908 sämtliche Pfleger, Heizer und Schlosser. „Der Oberpfleger befand sich absichtlich auf Urlaub." Die Schwierigkeiten während des Streiks, den Krankenbetrieb aufrecht zu erhalten, waren sehr große. Eine melancholische Frau benutzte die Unruhe, entwich und nahm sich das Leben. Während des zweiten Streiks beteiligten sich die Pflegerinnen nicht. Die Hoffnung der Streikenden, es wäre unmöglich ohne männliche Pfleger den Krankenbetrieb fortzuführen, bestätigte sich nicht und schwächte die Aktionskraft. M.

— Vom 23. Oktober bis 11. November 1911 findet an der **psychiatrischen Klinik in München** ein **psychiatrischer Fortbildungskurs** statt.

Als Dozenten beteiligen sich:

Allers-München: Pathologische Chemie der Geistesstörungen.

Alzheimer-München: Normale und pathologische Anatomie der Großhirnrinde.

Brodmann-Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde.

Isserlin-München: Experimentalpsychologie. Psychotherapie.

Kraepelin-München: Psychiatrische Klinik.

Liepmann-Berlin: Aphasie, Apraxie, Agnosie.

Plaut-München: Zyto- und Serodiagnostik. Forensische Demonstrationen.

Rüdin-München: Entartung. Krankhafte Geisteszustände bei Jugendlichen.

Weiler-München: Physikalisch-psychiatrische Untersuchungsmethoden.

Zahl der Vorlesungsstunden etwa 100. Honorar 61 M. Anmeldungen an Herrn Oberarzt Privatdozent Dr. Rüdin-München, Nußbaumstraße 7.

Im Jahre 1912 findet kein Fortbildungskurs statt.

Personalnachrichten.

— **Klingenmünster.** Am 20. Mai d. Js. ist der Hilfsarzt Theodor Schulz an der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster einem schweren Lungenleiden erlegen.

— **Bonn.** Dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pelman wurde der königl. preußische Kronenorden II. Klasse verliehen.

— **Berlin.** Stabsarzt Dr. Stier habilitierte sich für Psychiatrie.

Beitrag zur Therapie des Diabetes mellitus. Aus der Poliklinik für innere Krankheiten zu Rixdorf-Berlin. Von Dr. med. A. Fränkel. (Allg. Med. Central-Zeitung, 1911, Nr. 12.)

Der diabetische Organismus nimmt häufig die dem Zucker durch ihre Aldehydnatur ähnlichen Stoffe, wie Vanillin, Salicylaldehyd usw., ferner die Abbau- oder Oxydationsprodukte des Zuckers, z. B. die Glukonsäure, Zuckersäure, Schleimsäure usw., leicht auf und spaltet sie genügend weiter. Andererseits wird von dem kranken Körper das ungelockerte Zuckermolekül gar nicht angegriffen oder gelangt doch nur ein Teil desselben zur Oxydation, der übrige erscheint im Harn als Traubenzucker wieder. Oder bald gelangt die eine Art von Zucker, bald eine andere besser zur Ausnutzung. Daraus folgt, daß den verschiedenen Verdauungssäften des Organismus ein spaltendes Ferment fehlt. Das in der Hefe befindliche zuckerspaltende Enzym, das außerordentlich wirksam zu sein scheint, wurde von A. Fränkel in der Form der Fermocyl-Tabletten angewandt. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten ergab sich die wichtige Tatsache, daß bei Anwendung der Fermocyl-Tabletten, mit Ausnahme eines schweren Falles, die Zuckerausscheidung erheblich sank, die Toleranz des diabetischen Organismus gegenüber Kohlehydraten bedeutend gesteigert wurde, ferner in allen Fällen Hebung des Allgemeinbefindens und das Schwinden der lästigen Symptome, wie Kopfschmerzen, unruhiger Schlaf, allgemeine Neuralgien, Pruritus, selbst Gewichtsabnahme erfolgte. Die Furunculosis wurde in eigentümlicher Weise schmerzlos, durch Eintrocknen der Furunkel beseitigt. Daß nicht alle Individuen in gleicher Weise reagieren können, liegt an der mannigfaltigen Entstehungsart der Krankheit. Die Fermocyl-Tabletten sind frei von schädlichen Nebenwirkungen. Ordination der Tabletten: dreimal täglich zu drei Stück unmittelbar mit der Mahlzeit. Später individuelle Verringerung der täglichen Gabe der Tabletten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. – Fernspr. Nr. 823.

Nr. 11. 10. Juni **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Bemerkung über die „Psychischen Mängel" als Strafausschließungsgrund. Von Prof. Moeli, Berlin. (S. 99.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent Hugo Levi, Stuttgart. (Fortsetzung.) (S. 101.) — Mitteilungen. (S. 105.) Rechtsschutz und Irrenhaus. — Personalnachrichten. (S. 105.)

Bemerkung über die „Psychischen Mängel" als Strafausschliessungsgrund.

Von Prof. *Moeli*, Berlin.

Auf der diesjährigen Versammlung in Stuttgart hat die Justiz-Kommission des Deutschen Vereins f. Ps. den Satz aufgestellt (zu § 63 u. f. d. V. E. zum StrGB.):

1. „Die Bezeichnung der psychischen Krankheitszustände kann allgemein gehalten sein, da durch den Zusatz eines psychologisch-rechtlichen Merkmals die Bedeutung für die Strafbarkeit der Handlung sich ergibt.

Dieser Zusatz sollte die in der psychischen Erkrankung begründete Abweichung im Wirken der Motive bei rechtswidrigem Handeln kennzeichnen."

Dieser Satz ist einstimmig angenommen worden. In der Kommission war die Mehrheit dafür, von einer wörtlichen Formulierung der Gesetzesbestimmung Abstand zu nehmen.

Wir haben auch die Versammlung gebeten, auf eine bestimmte Erklärung in dieser Richtung zu verzichten.

Es ist der Wortlaut in einer so großen Versammlung schwer in allen Einzelheiten festzustellen. Die Ausdrucksweise ist aber von solcher Bedeutung, daß sie längerer Erwägungen bedarf.

Das läßt sich nicht kurzerhand und auch nicht allein nach psychiatrischen Wünschen erledigen; unsere Meinungen finden besser in der allmählichen Weiterbearbeitung der Frage ihre Klärung und Geltung.

Wenn wir also s. Z. aus Zweckmäßigkeitsgründen die vorhandenen oder vorgeschlagenen Formulierungen nicht besonders besprechen wollten, so werden wir doch den Vorschlägen zum Ersatz des Wortlauts im § 51 Beachtung zuwenden. Bekanntlich sind sie zahlreich genug.

Es sollen diese Sätze im Folgenden auch nicht durch eine weitere wörtliche Fassung vermehrt werden. Wohl aber darf man sich fragen: von welchen Gesichtspunkten aus wird das Gesetz die Bedeutung einer Geistesstörung für die Strafbarkeit einer Tat bestimmen?

Es wird nur eine kurze und einfache Erklärung brauchbar sein, die, soweit es irgend möglich ist, allgemein geläufige Begriffe benutzen muß. Sie sollte nicht nur juristischen oder sonstigen besonders gebildeten Kreisen verständlich sein.

Bei der Unklarheit der Begriffe, die in den breiteren Schichten über die tatsächlichen Verhältnisse herrscht, wird sich ganz Befriedigendes schwer erreichen lassen — Beweis: die vielen Formulierungsversuche.

Bei dem ersten (biologischen) Teil, der — gemäß fast allgemeiner Meinung — nach der gemischten Methode aufzustellenden Gesetzvorschrift, hat dieser Punkt keine besondere Wichtigkeit.

Es sollten nur Ausdrücke vermieden werden, mit denen weniger mit der Sache Vertraute eine ungenaue oder irrige (meist nach der Seite der äußeren Erscheinung hin übertriebene) Vorstellung verbinden.

Die jetzige allgemein gehaltene Ausdrucksweise „krankhafte Störung der Geistestätigkeit" ist m. E. von keinem anderen Vorschlage an Brauchbarkeit erreicht. Ob außer der „Bewußtseinsstörung", die zur Berücksichtigung nicht eigentlich krankhafter Beschaffenheit dient, noch „geistige Schwäche" oder „mangelnde Verstandesreife" hinzutreten soll, wird vom praktischen Bedürfnis auf juristischer Seite abhängen.

Man wird erwägen, wie weit außer der durch Strafunmündigkeit und Berücksichtigung des jugendlichen Alters gedeckten physiologischen Geistesbeschaffenheit noch andere nicht krankhaft bedingte

Erscheinungen dieser Art vorkommen und an dieser Stelle zu beachten sind.

Der Wortlaut des V. E. („geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos") hat in der Verbindung mit dem psychologisch-rechtlichen Merkmal für die strafaufhebende Wirkung („Ausschluß seiner freien Willensbestimmung") wenig Zustimmung erfahren. Man kann in dieser Hinsicht lediglich auf den obigen Satz des Stuttgarter Beschlusses verweisen.

Anders steht es mit dem zweiten Teil: die Kennzeichnung der Beziehung des psychotischen Zustandes zur Verantwortlichkeit. Was hierüber gesagt ist, richtet sich ziemlich allgemein gegen den Ausdruck „freie Willensbestimmung". Es braucht das hier nicht wiederholt zu werden, ebensowenig sollen die Ersatzvorschläge einzeln angeführt werden.

Einer davon hat Aufnahme in den Österr. V. E. (§ 3) gefunden: „nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht (die Strafbarkeit, Strafwürdigkeit) seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen" („zu handeln" — Aschaffenburg).

Es ist ihm mehrfach zugestimmt worden. Hierzu sei kurz bemerkt: Anerkanntermaßen soll die krankhafte Veränderung auf das Handeln wirken, indem sie die Willenskraft beeinflußt, die dem strafmündigen Gesunden beigemessen werden kann und die ihn befähigt, „die Antriebe zu strafbaren Handlungen niederzuhalten und dem allgemeinen Rechtsbewußtsein gemäß zu handeln." (Mot. z. StrGB., 70.)

Diese Abnahme der Widerstandsfähigkeit gegen Antriebe zur Gesetzesverletzung usw. kommt in mehreren Fassungen vor („Unfähigkeit den zur Begehung der Handlung drängenden Trieb zu beherrschen" und ähnliches), öfter neben der Unfähigkeit, das Strafbare der Handlung zu erkennen. Natürlich ist dieser Sinn den verschiedenen Vorschlägen gemeinsam. So liegt er auch bei dem Österr. V. E. vor: im ersten Satze, weil mit der „Einsicht in die Strafbarkeit" die aus dieser Vorstellung sich ergebende Hemmung wegfällt. Auch die „Unfähigkeit dieser Einsicht gemäß seinen Willen zu bestimmen" ist nur gegeben, wo gegenüber dem durch Affektwirkung gesteigerten Antriebe oder bei mangelnder Gefühlsbetonung der vorhandenen „Einsicht" die Hemmung hieraus ungenügend wird.

Psychologisch betrachtet sind nun die beiden Sätze der Alternative nicht gleichwertig. „Unfähigkeit die Strafbarkeit seiner Handlung einzusehen" ist wesentlich eine primäre Veränderung des Vorstellens. — Die Unfähigkeit (trotz) dieser Einsicht (gesetz-) gemäß zu handeln dagegen ist etwas Sekundäres, die Folge anderer krankhafter psychischer Vorgänge — namentlich von Störungen auf affektivem Gebiete.

Wollte man der Krankheitserscheinung im Vorstellungsleben eine gleiche primäre Abweichung gegenüberstellen, so würde man nicht auf das Handeln, sondern auf die Gemütstätigkeit gewiesen.

Es wäre aber wenig zweckmäßig, diese beiden Gruppen krankhafter Zustände im Gesetz anzuführen.

Sie finden sich in der Wirklichkeit zumeist nicht in dieser Trennung vor.

Außerdem sehen wir, daß — abgesehen von Blödsinn oder Bewußtseinsstörungen — zumeist die mangelnde affektive Betonung der nicht fehlenden Erkenntnis, daß die Handlung unzulässig sei, oder das Übergewicht der zur Tat drängenden Antriebe das Wesentliche ist.

Die Analyse, auf welchem oder auf welchen Wegen die primären Krankheitsvorgänge das Handeln beeinflussen, ist der Hauptgegenstand der psychiatrischen Begutachtung wie der der richterlichen Erwägung im Einzelfalle. Bisher aber kam eine derartige Spaltung („oder") in der Gesetzesvorschrift selbst nicht zum Ausdruck. Es muß also von anderer Seite entschieden werden, ob das Ausgehen von einem einzelnen psychopathischen Zustande im Gesetz nützlich (freie Beweiswürdigung) sei, oder ob die bisherige Form beizubehalten wäre, wobei allgemein auf die Folgen krankhafter Beschaffenheit für das rechtswidrige Handeln Bezug genommen wird.

Vom ärztlichen Standpunkte wäre eine möglichst einfache Formel erwünscht, die, wie im § 51 geschieht, das strafrechtlich Wichtige, den Einfluß auf die Willensbestimmung bei einer gesetzwidrigen Handlung unmittelbar hervorhebt.*)

Freilich sind auch andere Fassungen für den fachmännisch vorgebildeten Sachverständigen kein Hindernis, sich mit dem Berufsrichter zu verständigen. Möglich war das ja auch bei der „freien Willensbestimmung".

Wie es bei der Erläuterung vor Laien gehen wird, wenn sie durch den Ausgang der ganzen Bestimmung von einem Krankheitszustande auf intellektuellem Gebiete noch mehr zu einer einseitigen Beachtung dieses Anteils pathologischer Gesamtvorgänge kommen können, als dies ihnen naturgemäß schon jetzt nahe liegt —, das muß dahingestellt bleiben. Grundsätzlich kann es für die Nichtstrafbarkeit einer Handlung keinen Unterschied machen, ob die Ab-

*) Das BGB. hat das psychopathologische „unvermögend die Folgen ihrer Handlung zu überlegen" usw. des ALR. ersetzt durch die Wirkung: „seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag".

weichung bei der Willensentschließung gegenüber der eines Gesunden mehr als Folge der auf intellektuellem oder der auf affektivem Gebiete liegenden krankhaften Zustände sich darstellt — es handelt sich wesentlich um die Wirkung des einheitlichen Leidens auf das Zustandekommen der Handlung.

In dieser Hinsicht würde also ein kurzer Satz genügen, der, wie im § 51, direkt den Einfluß auf die Willenshandlung hervorhebt, indem er sich an die grundlegende Erläuterung der freien Willensbestimmung in den Motiven anschließt: Wegfall der Widerstandskraft gegen den Antrieb zur rechtswidrigen Handlung oder Mangel der Fähigkeit, dabei dem allgemeinen Rechtsbewußtsein (Empfinden) gemäß zu handeln.

Die Beziehung zur Tat selbst läßt sich in der Fassung leicht anbringen. —

Ähnliche Erwägungen gelten für die Begutachtung der Strafbaren mit psychischen Mängeln. Psychologisch betrachtet, eignet sich hier der intellektuelle Fehler: „Mangel der Erkenntnis für die Strafbarkeit der Handlung" eher noch weniger zum Ausgangspunkt für den erläuternden Zusatz.

Beim normalen Volljährigen ist durch Erziehung, Schule und Erfahrung der Begriff des Strafwürdigen zum bestimmenden Anteil bei den gewöhnlichen Rechtswidrigkeiten geworden. Wo bei Diebstahl, Brandstiftung usw. in dieser Richtung Zweifel bestehen, wird man einen Grad geistiger Abweichung annehmen müssen, der die Strafbarkeit ausschließt.

Auch hier würde für den Gutachter ein allgemeiner Ausdruck genügen, der die Folgen der psychischen Veränderung für das Handeln in dem besprochenen Sinne kennzeichnet.

Dabei ist es keineswegs erforderlich, für psychische Mängel, welche die Strafbarkeit nicht ausschließen, absolut dieselbe Bezeichnung zu wählen wie für die ausgesprochene Geisteskrankheit.

An sich wäre dies nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Zu erwägen bliebe aber, ob die Bewußtseinsstörung auch hier, wie beim Ausschluß der Strafbarkeit, zur Abhebung nicht eigentlich krankhafter Zustände Platz finden soll.

Die Bewußtseinsstörung würde hier nur eine mäßige Höhe erreichen dürfen. Die häufigste Veranlassung zu derartigen Vorkommnissen bei Gesunden, die (selbstverschuldete) Trunkenheit, fällt hier weg.

In den übrigen Fällen, für die der Ausdruck zur Kennzeichnung einer nicht krankhaften Störung (wie bei den nicht Strafbaren) in Frage kommt, stößt zunächst die Gradbestimmung praktisch auf Schwierigkeiten.

Soweit ein psychisch völlig Gesunder durch ganz ungewöhnliche äußere Umstände aus Übermaß des Affekts eine Beeinträchtigung seiner klaren Besinnlichkeit erfährt, wird auch der Minderung des Verschuldens an anderer Stelle Rechnung getragen werden können. (Strafbemessung, etwa § 81 VE.: der zur Tat gegebene Anreiz", „der Grad seiner Einsicht". -- § 66 Abs. 2 Schlußsatz: „entschuldbare Aufregung oder Bestürzung bei Überschreitung der Grenzen der Notwehr"?)

Eine Gefährdung der Rechtssicherheit aus Wiederholung solcher Handlungen, die zu Sicherungsmaßregeln Anlaß gäbe (wie bei Entstehung auf krankhaftem Boden), wird hier nicht erwartet werden können.

Es bleiben demnach für die Verminderung der Strafbarkeit aus Bewußtseinstrübung wesentlich Fälle übrig, wo Alkohol und andere äußere Schädlichkeiten oder höhere Affektreize Personen treffen, die aus Abweichungen in ihrer psychischen Beschaffenheit abnorm reagieren oder weniger widerstandsfähig sind. Da es sich also hier um eine krankhafte Grundlage handelt, scheint für die Bezeichnung „Bewußtseinsstörung" neben dem Ausdruck „psychische Mängel" oder neben „krankhafter Störung der Geistestätigkeit" ein unabweisliches Bedürfnis für den Sachverständigen nicht gegeben.

Auch hier aber ist maßgebend, ob für den Richter solcher Zusatz die Bestimmung praktisch verbessert und deshalb als nützlich anzusehen ist.

Diese kurzen Bemerkungen mögen die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diese noch nicht abgeschlossenen Fragen und auf ihre Besprechung richten.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, Stuttgart.

(Fortsetzung.)

Mit Mehrheit hatte der Ausschuß, wie Cramer (Göttingen), der für den Ausschuß das Referat übernommen hatte, ausführte, beschlossen, nur Leitsätze (cf. p. 85), keine formulierten Gesetzesparagraphen aufzustellen. Bei Besprechung des ersten Leitsatzes hebt Cramer scharf hervor, daß nach Ansicht der

Psychiater der Begriff der freien Willensbestimmung fallen soll.

Eine lebhafte Diskussion entwickelte sich erst bei Satz 3. Cramer hob hier hervor, daß es auch heute noch hervorragende Psychiater gibt, die die sogen. verminderte Zurechnungsfähigkeit auch im künftigen Strafgesetzbuch nicht berücksichtigt wissen wollen.

Willmanns (Heidelberg) hält hier den angekündigten Vortrag über „Die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch".

Vortr. bemerkt, daß die Begründung des Vorentwurfs in ihren Ausführungen über die Behandlung vermindert Zurechnungsfähiger von irrigen Voraussetzungen ausgehe. Sie verkenne die Unerziehbarkeit der meisten hier in Betracht kommenden Verbrecher, überschätze daher den bessernden Einfluß der Strafe und unterschätze die Verbreitung der verminderten Zurechnungsfähigkeit unter unseren Verbrechern. Diese sei außerordentlich groß, der überwiegende Teil unserer Korrigenden, der tiefstehenden gewohnheitsmäßigen Eigentumsverbrecher und der rückfälligen Leidenschaftsverbrecher falle unter diesen Begriff. Zweifellos seien diese Rechtsbrecher unter unseren heutigen sozialen Verhältnissen mit geringen Ausnahmen unverbesserlich und zum großen Teile gemeingefährlich. Eine konsequente und einheitliche Durchführung der §§ 63 und 65 des Vorentwurfs könne demnach nur das Ergebnis haben, daß unsere Arbeits- und Zuchthäuser und sonstige Gefangenenanstalten von einer enormen Zahl von gewohnheitsmäßigen Verbrechern und Landstreichern entlastet und diese auf unabsehbare Zeit in Verwahrungshäusern untergebracht würden. Die Heranziehung dieser Elemente zu produktiver Arbeit bezeichnet der Vortr. als einen erstrebenswerten großen Erfolg, spricht aber seinen starken Zweifel aus, daß dieses Ziel erreichbar und eine einheitliche Anwendung der genannten Paragraphen überhaupt möglich sein werde. Er befürchtet, daß nur ein kleiner Teil der verminderte Zurechnungsfähigkeit bedingenden Geisteszustände als solche vor Gericht erkennbar sein werde, daß die Vorteile einer milderen Behandlung in unverhältnismäßig hohem Maße den besitzenden Klassen zugute kommen werden, daß Zustände, die gegenwärtig allgemein als Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes betrachtet werden, nach Einführung der V. Z. unter diesen Begriff fallen könnten. Anstatt der erhofften Fortschritte würden Willkür und Unsicherheit in der Rechtspflege die Folge der Einführung der geplanten Maßnahmen sein. Im übrigen ist der Vortr. der Ansicht, daß man über die Durchführbarkeit der Bestimmungen des Vorentwurfs nur auf Grund von systematisch vorgenommenen psychiatrischen Untersuchungen der Insassen unserer Strafanstalten erfolgreich diskutieren könne.

Longard tritt mit Entschiedenheit gegen die Aufnahme des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit auf. Die Hauptfrage ist: wohin mit den vermindert Zurechnungsfähigen?

Aschaffenburg vertritt den entgegengesetzten Standpunkt. Die Internierung darf nicht schematisch auf eine bestimmte Reihe von Jahren festgesetzt werden; die vermindert Zurechnungsfähigen müssen probeweise entlassen werden können. Für manche dieser Fälle ist eine Strafe, eventl. sogar eine scharfe Strafe das einzig Richtige.

Bei den Gemeingefährlichen mit verminderter Zurechnungsfähigkeit steht er auf dem Standpunkt, daß die Allgemeinheit vor ihnen gesichert werden muß, eventuell durch lebenslängliche Internierung. Erst in zweiter Linie kommt dann die praktische Frage, ob und welche Schwierigkeiten entstehen.

Gaupp (Tübingen) erklärt, es liegt in der Natur der Dinge, daß wir nie eine restlos befriedigende Lösung finden. Er will, daß der Verein den gesetzgebenden Faktoren durch genaues Studium das Material an Hand gibt zur Beurteilung der Frage, wie viele Personen etwa in diese Kategorie gehören. Wären es sehr viele, so müßte der Staat jetzt schon daran gehen, besondere Anstalten zu bauen, die es ermöglichen, das künftige Gesetz durchzuführen. — Moeli hebt die Schwierigkeiten, die der Durchführung des Antrags Gaupp entgegenstehen, hervor. Er hebt hervor, daß wesentlich ist, daß eben die Schuld bei der verminderten Zurechnungsfähigkeit auch vermindert ist. — Ernst Meyer betont, daß die Verwahrungsanstalten doch bessere Erfolge erzielen, als man nach den Ausführungen Longards meinen könnte. — Sommer (Gießen) wünscht, daß in den § 63 neben dem Begriff der Geisteskrankheit der der Geistesschwäche, wie im BGB. eingeführt werde; im übrigen sollte eingeführt werden der Begriff der verminderten Strafbarkeit. — Moeli widerspricht und hebt hervor, daß der Begriff Geistesschwäche des BGB. kein klinischer Begriff sei. — Neißer erklärt, man sei sicher, daß 1. die verminderte Zurechnungsfähigkeit entspricht einer verminderten Schuld, und daß sie 2. oft bedingt eine erhöhte Gemeingefährlichkeit. Die Frage würde am besten gelöst, wenn der Staat besondere Adnexe an die Strafanstalten schaffen würde. — Ein Schlußantrag macht dem hin- und herwogenden Kampf ein Ende.

Ein Antrag Gaupp-Aschaffenburg will die Einsetzung einer Kommission, „die ein sorgfältig ausgewähltes Material über Zahl und Art der verminderten Zurechnungsfähigen und die dadurch bedingten Behandlungsarten studieren und dem Verein darüber Bericht erstatten soll." In seinem Schlußwort tritt Kramer den Einwendungen, die in der Erörterung, namentlich von Longard und Wilmanns gemacht worden sind, entgegen. Mit Satz 3 erklärt sich dann die Versammlung einstimmig einverstanden. — Kraepelin wendet sich gegen den Antrag Gaupp und schlägt statt dessen vor, bei der nächsten Versammlung ein Referat erstatten zu lassen über Zahl und Eigenart der vermindert Zurechnungsfähigen. Die Versammlung beschließt nach diesem Antrag. Referenten: Aschaffenburg und Willmanns. Zu Satz 4 macht Delbrück Einwendungen. Er wünscht Bestrafung der Trunkenheit an sich. Dagegen wenden

sich Cramer und Heilbronner. Delbrück ist damit einverstanden, daß die Frage bei Gelegenheit des nächsten Referates mitberücksichtigt wird. Ein Wunsch Delbrück, daß die Entlassung aus einer Trinkerheilstätte, wenn sie vor der vorgesehenen Zeit erfolgt, nur auf Probe erfolgen soll und widerrufen werden kann, findet allseitig Zustimmung. — Bei Satz 5 wendet sich Longard dagegen, daß die Schärfungen des § 18 überhaupt im Gesetz festgelegt und vom Richter verhängt werden sollen. Dem Satz 5 soll angefügt werden: gegen die Einführung der Schärfungen des § 18 bestehen in gesundheitlicher Beziehung auch bei normalen Menschen die schärfsten Bedenken. Heilbronner will dagegen nur das Wort „jedenfalls" einfügen hinter „können". Longard stimmt dem zu, ebenso die Versammlung. — Bei Satz 8 hebt Generalstaatsanwalt Dr. v. Rupp hervor, daß wenn diese Milderungsgründe vorliegen, auch mildernde Umstände angenommen werden und dann das Strafminimum ein Jahr beträgt. Der Satz wird daraufhin von Cramer selbst zurückgezogen. — Auch gegen Satz 9 werden starke Bedenken vorgetragen. Nach längerer Aussprache kommt der Satz in folgender Fassung zur Annahme: „Die vorsätzliche Befreiung von Geisteskranken aus der Irrenanstalt und von Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustands in eine Irrenanstalt eingewiesen sind, ebenso die Beihilfe dazu ist mit Strafe zu bedrohen. Strafverfolgung tritt nur ein auf Antrag der Vertreter des Kranken oder der zuständigen Behörden." Im Anschluß an die Beratung hält Hübner-Bonn noch einen Vortrag über „Klinisches und Forensisches über Querulanten".

Ausgehend von der Kraepelin-Hitzigschen Ansicht, daß der echte Querulant ein Paranoiker sei, hat Vortr. an der Hand von 18 Fällen aus der Bonner psychiatrischen Klinik und Provinzial-Heilanstalt die Frage einer Prüfung unterzogen, ob der Querulantenwahn eine Krankheitseinheit sei und in welchen Beziehungen er zum manisch-depressiven Irresein, zur Paranoia und dem degenerativen Irresein steht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß der Querulantenwahn keine klinische Einheit ist. Einige wenige Querulanten sind seiner Ansicht nach Paranoiker. Ebenso gibt es vereinzelte dem manisch-depressiven Irresein zugehörige Fälle. Das Gros jedoch gehört zum degenerativen Irresein. Die von Kraepelin für den echten Querulanten als charakteristisch angegebenen Symptome finden sich auch bei den degenerativen Fällen, wie im einzelnen näher ausgeführt wird. Insbesondere wird betont, daß die Pseudo-Querulanten gleichfalls Wahnvorstellungen aufweisen können.

Eingehender beschrieben werden gewisse Abweichungen gegenüber der Kraepelinschen Auffassung bezüglich der Charakterveranlagung und Wahnentwicklung der echten Querulanten.

H. stellt folgende Typen auf: Erstens die paranoischen Querulanten, zweitens Paranoiker, die erst nach Ausbildung eines nichtquerulatorischen Systems zu querulieren beginnen, drittens Psychopathen, welche in der Haft, seltener aus anderen Gründen chronische querulatorische Psychosen bekommen, deren weitgehende Abhängigkeit vom Milieu ein auffälliges Kennzeichen ist. Auf die Beziehungen der Prognose dieser Fälle von ihren allgemeinen kriminellen Tendenzen wird besonders hingewiesen. Viertens werden die Pseudoquerulanten Kraepelins kurz besprochen. In einer fünften Gruppe vereinigt Vortr. die zum manisch-depressiven Irresein gehörigen Fälle. Die Anschauung Spechts, daß die echten Querulanten dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen seien, bekämpft H. mit verschiedenen Einwendungen, in erster Linie betont er den prinzipiellen Grund, daß es nicht angängig sei, Stimmungsschwankungen so heterogener Art, wie die der echten Paranoiker (vergl. E. Meyer) und eines typisch Manisch-depressiven, ohne weiteres zu konfundieren. Außerdem aber bestreitet Vortr., daß bei allen paranoischen Querulanten manisch-depressive Symptome nachzuweisen waren. (Autoreferat.)

In der letzten Sitzung, die am Sonnabend, den 22. April nachmittags stattfand, erstattete Professor Liepmann (Berlin) das Referat „Über den Einfluß Wernickes auf die klinische Psychiatrie".

Die äußere Gestaltung der heutigen Psychiatrie erinnert wenig an die Wernickesche Lehre. Andere Gesichtspunkte der Klassifikation sind besonders unter dem Einfluß Kraepelins in Aufnahme gekommen. Auch Ziehen, obgleich sein Standpunkt dem Wernickes näher steht, Sommer, Hoche und andere fußen in ihrer Einteilung nicht auf Wernicke.

Trotzdem ergibt näheres Eingehen eine tiefgehende Wirkung der W.schen Psychiatrie.

Es ist zunächst in stärkster Weise W. zuzuschreiben, daß die körperlichen und besonders neurologischen Symptome der Geisteskranken ein eingehendes und tiefdringendes Studium erfahren haben, gegenüber dem zeitweise hervortretenden Bestreben, die Psychiatrie (nicht nur im Unterricht) von der Neurologie loszulösen.

Ganz besonders verdanken wir W. das Studium der psychischen Herdsymptome bei den Geisteskranken, welche nicht nur bei Senilen, Arteriosklerotikern, Enzephalomalazischen, Paralytikern, sondern auch bei Delirium tremens, der alkoholischen Demenz, Korsakoffschen Psychose, Epileptikern, Bleikranken, Eklamptischen und manchen noch ungeklärten atrophisierenden Prozessen des Präseniums eine große Rolle spielen. Die Fehlreaktionen, welche an Aphasischen und Asymbolischen erkannt sind, finden sich bei den Geisteskranken wieder und ihre Kenntnis führt auch die andersartigen bei Geisteskrankheiten sich findenden Störungen dem Verständnis näher.

Das Spezifische von W. war, daß er auch die im engsten Sinne geistigen Störungen dem Gesichtspunkte der Neurophysiologie und Neuropathologie unterordnete.

Nicht der anatomische, sondern der neurophysiologische Gesichtspunkt war bei ihm vorherrschend. Die Störungen der Geisteskranken als Ausdruck ge-

störter Funktion eines Nervenapparates zu erfassen und so zu zergliedern, daß ihre Elemente an räumlich getrennte Abschnitte des Nervenapparates geknüpft werden können — dem war sein gigantisches Unternehmen gewidmet. Nur in diesem weiteren Sinne war er „lokalisatorisch".

Was er uns hier gegeben hat, läßt sich am besten in einer Gegenüberstellung gegen die heute erfolgreichste Richtung in der Psychiatrie, die Kraepelinsche, entwickeln.

W. stellt in den Vordergrund die „der Natur des erkrankten Organs entnommenen Gesichtspunkte": die neurophysiologischen. Er wies daher die Ätiologie als souveränes Einteilungsprinzip ab, worin Ziehen auf seiner Seite steht.

L. erörtert, wie W. hier Kraepelin und Nießl gegenüber prinzipiell vollkommen im Recht ist, wie aber andererseits die radikale Verbannung des Ätiologischen aus der Klassifikation nicht glücklich war. Zur praktischen durchgängigen Klassifikation eignen sich die neurophysiologischen Gesichtspunkte noch nicht.

Dabei war es ein großes Verdienst von Kraepelin, anderen mehr allgemein pathologischen Momenten (Noxe, Erblichkeit, Ausgang, Beziehung zu Pubertät, Senium etc. und besonders den Verlauf) die gebührende Stellung in der Klassifikation gegeben zu haben. (Bei Wernicke das Räumliche, bei Kraepelin das Zeitliche!)

L. führt aus, wie trotz des großen Gewinnes, den die Psychiatrie davon hatte, der Wernicke'sche Standpunkt der Überspannung dieser klassifikatorischen Bestrebungen ein heilsames Gegengewicht gesetzt hat. Nicht nur ist der Versuch der Aufteilung aller Psychosen in solche großen Ursache-Verlaufsklassen aussichtslos (ja die Alleinherrschaft dieses Zieles der objektiven Naturerkenntnis hinderlich), so daß für den sehr großen Rest der Psychosen der neuropathologische Standpunkt in sein Recht tritt, sondern neben jenem klassifikatorischen Gesichtspunkte bleibt für alle Psychosen die neuropathologische Darstellung der Zustandsbilder eine unabweisbare wissenschaftliche Aufgabe, ja die höchste.

L. bespricht im einzelnen, welchen fundamentalen Gewinn die allgemeine Symptomatologie, das Verständnis des inneren Zusammenhanges der Symptome, die ganze Betrachtungsweise der Geisteskranken als naturwissenschaftlichen Objektes durch W. erfahren hat. Er weist auf die Herausarbeitung in sich zusammenhängender Symptomenkomplexe hin, die klassische Schilderung der Motilitätspsychosen, der Manie, der Melancholie.

Wernicke und Bonhoeffer haben die maßgebende Abgrenzung und Charakterisierung der Alkoholpsychosen gegeben. Letzterer hat neuerdings den Satz W.s von der weitgehenden Unabhängigkeit des Krankheitsbildes von der Noxe und den symptomatischen Psychosen bestätigt. Die Komprimierung der Amentia und der Erschöpfungspsychose sind Nebeneffekte von W.s Arbeit.

Kleists Arbeiten über Motilitätspsychosen sind auf Wernickes Boden erwachsen.

Gleichgültig, ob ihr Endergebnis sich durchweg aufrecht erhalten läßt, haben sie doch ermöglicht, die Ergebnisse der großen Kleinhirn-Stirnhirnphysiologie und Pathologie zu den Psychosen in Beziehung zu setzen und zahlreiche Fäden von einem zum andern zu schlingen.

Daß W. konstruktiv in noch nicht Erfahrbares hineinleuchtete, daß er dabei eine unvergleichliche Kennerschaft des neuro- und psychopathologischen Erfahrungsstoffes zur Grundlage hatte, bestimmt seine Stellung in der Psychiatrie. Letzterer Umstand hindert einerseits, daß man seine Konstruktionen einfach als Luftgebilde beiseite schieben kann, sie bleiben heuristisch von ungeheurem Werte. Andererseits steht der Umstand, daß seine Lehre mit Konstruktivem und Hypothetischem durchsetzt ist, dem im Wege, sie einfach in toto als lehrbaren Wissensstoff zu übernehmen und den Lernenden zu übermitteln.

So ist es W. zwar nicht gelungen, den neuropathologischen Gedanken zum alleinherrschenden in der Psychiatrie zu machen. Er hat ihn aber tief in die Psychiatrie hineingetrieben. Er hat mitten in und neben einer andersartigen, auf weite Strecken sehr fruchtbaren Betrachtungsweise ein großes Stück der neurophysiologischen Psychiatrie aufgepflanzt und damit eine Betrachtungsweise begründet, die weiter zu entwickeln eine unabweisbare Aufgabe ist.

Dem wird es zu verdanken sein, daß die zu erwartenden Fortschritte in der pathologischen Histologie eine Bearbeitung des Klinischen vorfinden werden, die es erlaubt, sie zu dem Klinischen in Beziehung zu setzen. Sein Werk hat bewirkt, daß nicht klinische und anatomische Ergebnisse sich eines Tages verständnislos gegenüberstehen werden, wie zwei Kinder anderer Welten.

Darauf folgten folgende Vorträge:

Meyer (Königsberg): Trauma und psychische Störungen.

M. berichtet über die Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung bei frisch Verletzten. Von den 37 Untersuchten zeigten 21 leichtere und 5 schwerere psychische Störungen, die durch regelmäßige Prüfung mit Orientierungs- und Rechenbogen, mit den verschiedenen Methoden zur Prüfung der Merkfähigkeit, durch Assoziationsversuche usw. usw. festgesetzt wurden.

Bei den leichter psychisch Gestörten wurden an wichtigsten Erscheinungen einmal Störung der Orientierung, vor allem der zeitlichen, und der Merkfähigkeit beobachtet. Sehr häufig war ferner das Rechnen beeinträchtigt, es zeigte sich starke Neigung zur Perseveration. Große psychische Ermüdbarkeit trat besonders hervor.

Häufig bestand auffallendes Wohlbefinden im Widerspruch mit den tatsächlich nachweisbaren Störungen, was auch praktisch sehr bedeutungsvoll ist.

Das äußere Verhalten der Kranken war trotz der nachweisbaren psychischen Störungen mit wenigen Ausnahmen ganz geordnet, sie boten für gewöhnlich keine auffallenden Züge dar. Bei den zwölf frisch Verletzten ohne nachweisbare psychische Störung

lagen zum Teil leichte, aber zum Teil auch schwere Kopfverletzungen vor.

Was die fünf Fälle mit schwerer psychischer Störung anbetrifft, so sind die klinischen Erscheinungen im wesentlichen eine Steigerung der bei den leichteren Fällen beobachteten Erscheinungen, wozu noch Rededrang und die Neigung zu Konfabulationen trat. Sie boten in der Hauptsache das Bild des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Von Besonderheiten hebt M. auch hier die enorme Neigung zur Perseveration hervor, die sich bei Assoziationsversuchen besonders zeigte, ferner das Vorkommen von Aphasie, Alexie und Agraphie.

Was den Zusammenhang zwischen Trauma und unmittelbaren psychischen Folgeerscheinungen angeht, so ist dazu eine allgemeine Schädigung des Gehirns nötig, einerlei, ob umgrenzte Verletzungen stattgefunden haben oder nicht. Diese haben ebenso wie der Nachweis von Blutungen im Schädelinnern nur insofern Bedeutung, als sie für die Schwere der Schädigung einen Anhalt geben. Die von ihm festgestellten psychischen Störungen sind nach M. Ausfluß der durch das Trauma verursachten allgemeinen Gehirnschädigung. Sie haben nichts Spezifisches, sondern entsprechen in ihren Einzelerscheinungen wie Komplexen den durch andere exogene Ursachen hervorgerufenen psychischen Störungen.

(Ausführliche Veröffentlichung in der Berliner klinischen Wochenschrift.) (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Unter der Überschrift:

„Rechtsschutz und Irrenhaus"

brachten Berliner Tageszeitungen vom 7. Juni ds Js. (es liegt ein halbes Dutzend Zeitungsausschnitte aus solchen vor, der Artikel macht sicherlich aber die Runde durch einen großen Teil der Presse) die nachfolgende Mitteilung. In psychiatrischen Kreisen wird der lebhafteste Wunsch nach authentischer Aufklärung über den eigenartigen Vorgang gehegt werden und wird daher die betreffende Anstaltsleitung um geneigte Äußerung in dieser Wochenschrift höflichst gebeten. Red.

„Die Absperrung Internierter von jedem Verkehr mit der Außenwelt und jeder Verbindung mit Rechtsbeiständen hat wiederholt das öffentliche Interesse beschäftigt. Einen Beitrag für die auf diesem Gebiet herrschenden Mißstände liefert nachstehender Rechtsfall:

Ein rheinischer Großindustrieller, der in einer Privatirrenanstalt bei Bonn interniert war, wandte sich an den für die Reform der Irrenrechtspflege wirkenden Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried-Berlin mit dem Ersuchen, ihm zu seiner Befreiung aus der Anstalt und zur Abwendung des gegen ihn eingeleiteten Entmündigungsverfahrens Beistand zu leisten. Der Anwalt übernahm diese Aufgabe und reiste vor einigen Wochen nach Bonn. Der Leiter der in Frage kommenden Privatirrenanstalt erklärte ihm jedoch bei seinem Erscheinen, daß der Vormund des Internierten telegraphisch und telephonisch angeordnet habe, daß ihm der Zutritt zu dem Internierten versagt werde; der Vormund sei sein Auftraggeber, dessen Weisungen er Folge zu leisten habe, daß ihm der Zutritt zu dem Internierten versagt werde; der beim königlichen Amtsgericht in Bonn und beantragte aus eigenem Recht gegen den Anstaltsbesitzer eine einstweilige Verfügung auf Duldung seines Besuchs. Zur Begründung führte er an, daß er die Pflichten aus dem erteilten Auftrag ohne Rücksprache mit seinem Klienten unmöglich erfüllen könne, er selbst sei in seiner Eigenschaft als Anwalt zu dem Antrage auf Sprecherlaubnis legitimiert, der Anstaltsbesitzer müsse den Besuch auch gegen den Willen des Vormundes dulden, denn er sei nicht bloß der Beauftragte des Vormundes, sondern habe auch eine öffentlich-rechtliche Stellung. Dies ergebe sich aus der Tatsache, daß der Anstaltsbetrieb nach § 30 der Gewerbeordnung von einer Konzession abhängig sei, die versagt werden könne, sobald Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit des Anstaltsbesitzers dartun; es liege aber im öffentlichen Interesse, daß Internierte in der Verfolgung ihrer Rechtsansprüche nicht gehindert werden. Das Amtsgericht in Bonn erließ darauf die beantragte einstweilige Verfügung, bei der der Anwalt die Rolle des Klägers, der Anstaltsbesitzer die Rolle des Beklagten hatte. Unter gleichzeitiger Zustellung der erwirkten einstweiligen Verfügung besuchte nunmehr der Anwalt den Klienten. Etwa vierzehn Tage später wurde der Internierte aus der Privatirrenanstalt entlassen und befindet sich seitdem in Freiheit. Wenn sich das Bonner Gericht der Auffassung des bevollmächtigten Anwaltes nicht angeschlossen hätte, so wäre dem Internierten die Verfolgung seiner Rechte erheblich erschwert worden."

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Aplerbeck.** Volontärarzt Dr. Tinschert verließ seine hiesige Stelle. Approbierter Arzt Dr. Franz Draeck ist als Assistenzarzt eingetreten.

— **Wiesbaden.** Am 24. Mai verstarb in Wiesbaden der bekannte Berliner Neurologe Prof. Dr. Ernst Remak kurz vor Vollendung seines 62. Lebensjahres.

— **Berlin.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg feierte sein 50 jähriges Doktorjubiläum.

— **Münster i. W.** Der Medizinalpraktikant Bernhard Dietrich — bisher am Marien-Krankenhause zu Frankfurt a. M. tätig — ist am gestrigen Tage als Assistenzarzt hierselbst eingetreten.

— **Westfalen.** Zum 1. Juli sind an den west-

fälischen Provinzialheilanstalten versetzt die Oberärzte Dr. Th. Schneider von Eickelborn nach Aplerbeck, Dr. W. Pohlmann von Aplerbeck nach Eickelborn; Dr. A. Schmidt von Marsberg nach Warstein, Dr. Westrum von Warstein nach Marsberg. Dr. Cordes wurde in Warstein als Assistenzarzt angestellt, der I. Oberarzt Dr. Hermkes wurde von Warstein als Direktor nach Eickelborn versetzt.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma
E. Merk, Darmstadt,
betr. Antithyreoidin - Moebius
bei, worauf wir unsere Leser besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 12. 17. Juni **1911/12.**

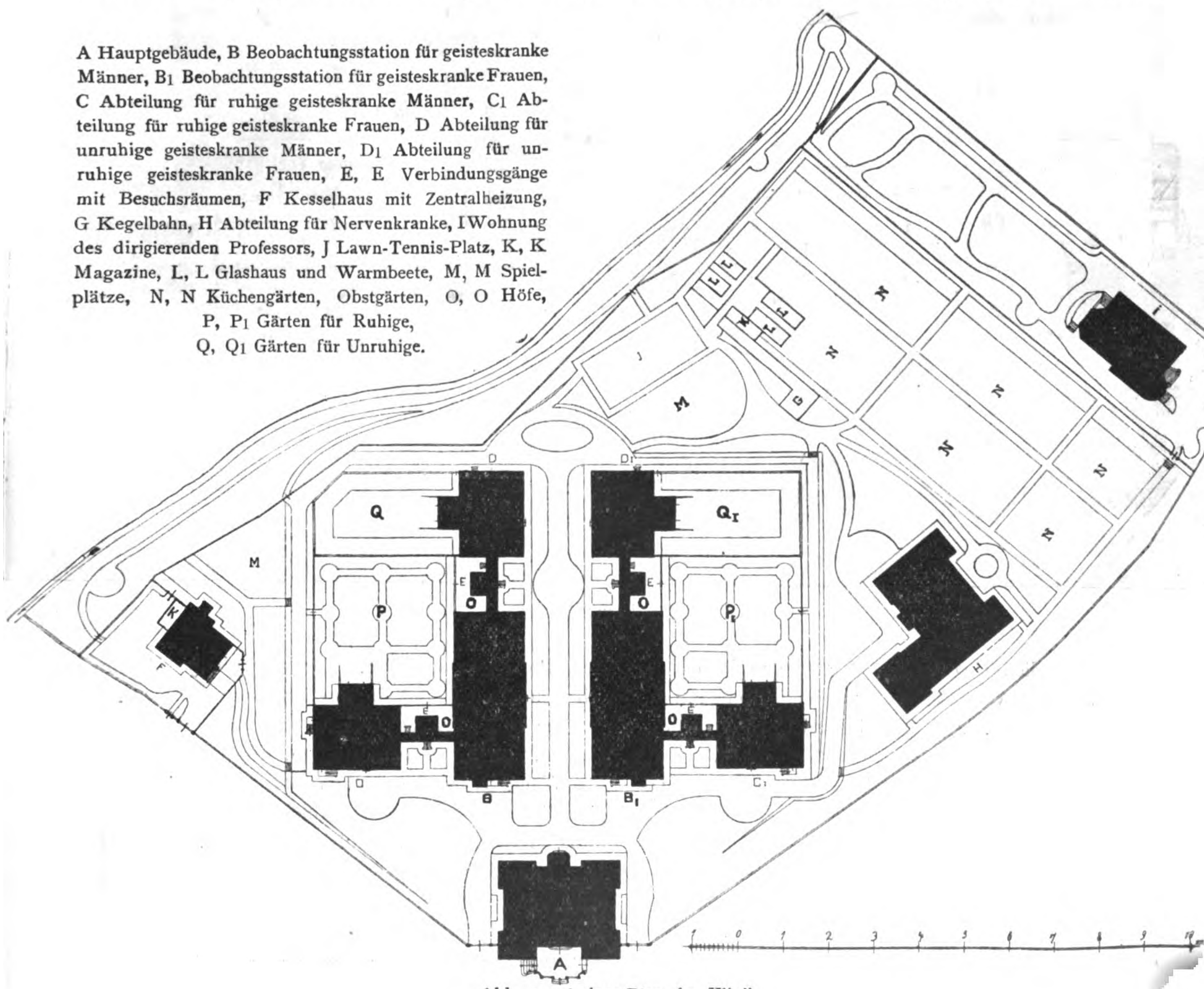
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvár (Ungarn). Direktor: Professor Dr. Karl Lechner. (S. 107.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent Hugo Levi, Stuttgart. (Fortsetzung.) (S. 113.) — Hundertjahrfeier der Königl. Sächsischen Landesheilanstalt Sonnenstein bei Pirna. (S. 114.) — Mitteilungen. (S. 115.) Der Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen. — Pharmazeutisches (S. 116).

Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvár (Klausenburg), Ungarn.

Direktor: K. Hofrat Professor Dr. Karl Lechner.

Der Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie zu Kolozsvár wurde 1889 errichtet und 1890 eröffnet. Die erste provisorische Anlage war durch Universitätsprofessor Dr. Karl Lechner in fünf gemieteten Häusern mit 22 Betten eingestellt worden. Der endgültige Bau am Házsongárd, in unmittelbarer



A Hauptgebäude, B Beobachtungsstation für geisteskranke Männer, B1 Beobachtungsstation für geisteskranke Frauen, C Abteilung für ruhige geisteskranke Männer, C1 Abteilung für ruhige geisteskranke Frauen, D Abteilung für unruhige geisteskranke Männer, D1 Abteilung für unruhige geisteskranke Frauen, E, E Verbindungsgänge mit Besuchsräumen, F Kesselhaus mit Zentralheizung, G Kegelbahn, H Abteilung für Nervenkranke, I Wohnung des dirigierenden Professors, J Lawn-Tennis-Platz, K, K Magazine, L, L Glashaus und Warmbeete, M, M Spielplätze, N, N Küchengärten, Obstgärten, O, O Höfe, P, P1 Gärten für Ruhige, Q, Q1 Gärten für Unruhige.

Abb. 1. Anlage-Plan der Klinik.

Nähe der übrigen Kliniken wurde 1900—1901 vollendet und 1902—1903 durch den Zubau des Nervenpavillons und der Direktorswohnung ergänzt. Das Areal umfaßte anfangs 28800 qm und ist 1908 mit 16800 qm auf 45600 qm vergrößert worden. Das neu hinzugekaufte anstoßende Terrain ist vorläufig noch nicht in Benützung und deshalb auf dem Anlageplan nicht verzeichnet. Hierher soll die Nervenabteilung verlegt und ein Trinkerheim gebaut werden.

Die jetzige Anlage besteht aus 10 Pavillons (Abb. 1) (1042000 Mark); d. h. jeder Quadratmeter 336 Kronen (280 Mark) und jedes Bett 4810 Kronen (4010 Mark). Der ganze Baugrund kostete 250000 Kronen (210000 Mark). Die Gesamtkosten der Klinik beliefen sich somit auf 1500000 Kronen, für jedes Bett 5770 Kronen (4810 Mark).

Von den 10 Pavillons dient das Hauptgebäude dem Unterricht und der Administration, das separat stehende Kesselhaus besorgt die Zentralheizung. — Ein abseits gelegenes Wohnhaus ist für den dirigieren-

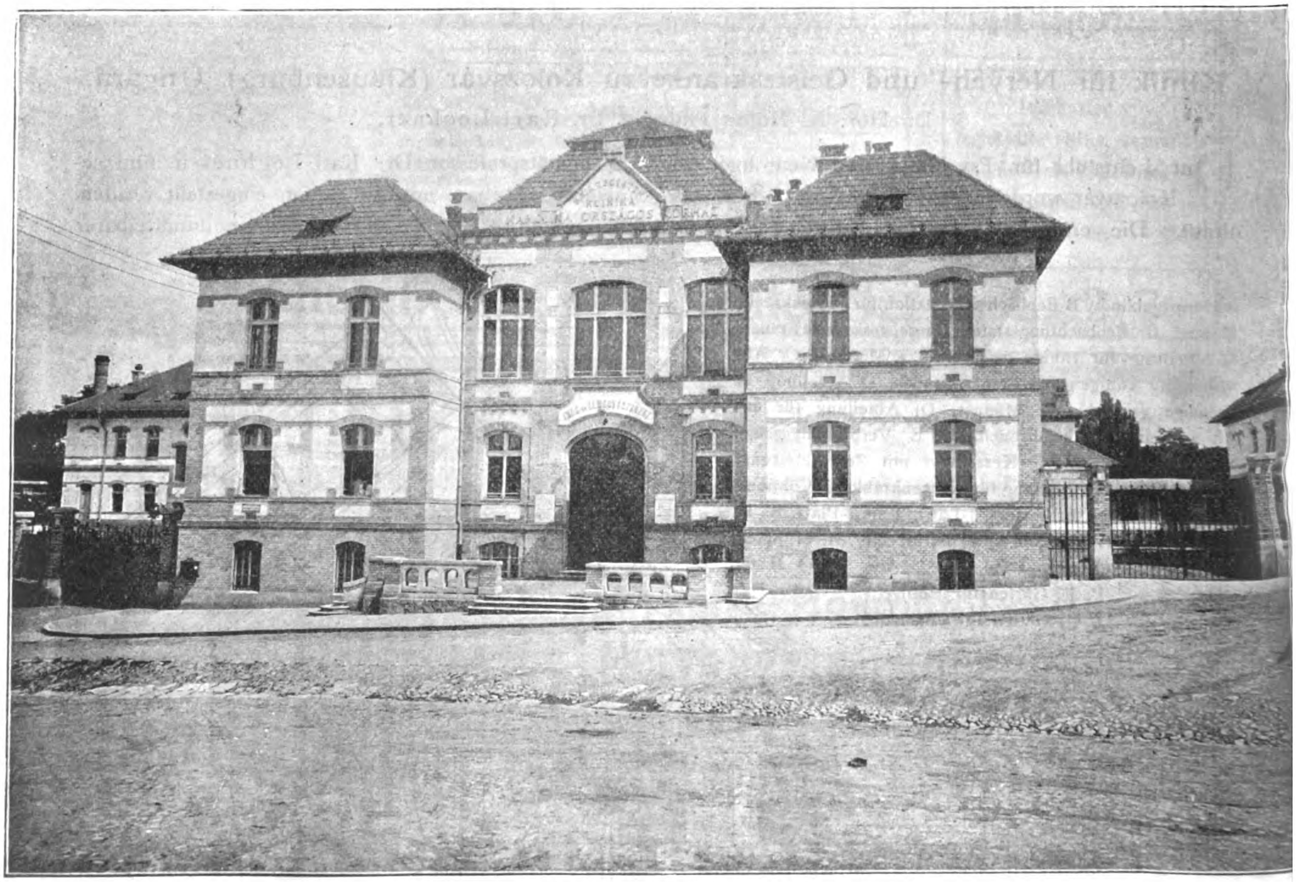


Abb. 2. Hauptgebäude.

mit ursprünglich 160 Betten. Letztere mußten leider schon auf 260 vermehrt werden. Hiervon sind 30 für Nervenkranke, 230 für Geisteskranke bestimmt. Der Verpflegung nach kommen 10 auf die I., 30 auf die II., 220 Betten auf die III. Verpflegsklasse. Die durchschnittliche Krankenaufnahme beträgt jährlich 200 Nervenkranke und 400 Geisteskranke, mit jährlich 82700 Verpflegstagen. — Ambulant werden jährlich beiläufig 1000 Kranke versorgt.

Bebaut sind derzeit 3720 qm. — Die Baukosten betrugen samt Einrichtung 1250000 Kronen den Professor bestimmt. Die übrigen 7 Gebäude mit den Gärten sind für die Kranken reserviert.

Die ganze Anlage macht mit ihren villenartigen Bauten, grünen Dächern, weißen, rohziegelgeschmückten Wänden, blumenreichen Gärten und der Eisengittereinfriedung einen freundlichen Eindruck, sowohl auf den Beschauer wie auf die Kranken. Die offne Lage, der freie Ein- und Ausblick, das Fehlen jedweder Fenstergitter, die große Freiheit in Zerstreuungen und Beschäftigungen sind geeignet, die üblichen Vorurteile betreffs solcher Anstalten im Publikum zu

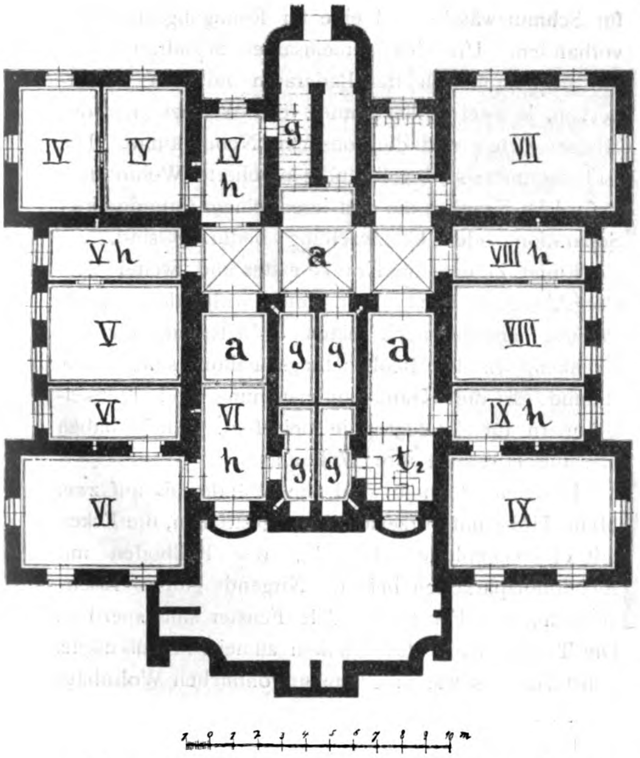


Abb. 3. Grundriß vom Untergeschoß des Hauptgebäudes. IV, IV, IV h Wohnung des Oberwärters. V, V h Wohnung des Badewärters. VI, VI, VI Wohnung des Portiers. VII Magazin. VIII, VIII h Wohnung des Laboratoriumsdieners. IX, IX h Wohnung der Diener. a, a Gänge. g, g Kammern. h, h Küchen. t2 Loge des Portiers.

zerstören und im Kranken das Gefühl des Sanatorium-Aufenthaltes zu erwecken.

Das Hauptgebäude (Abb. 2—8) enthält die Lehrräume, Laboratorien, sowie die Amtslokale der Direktion und Administration. Im Untergeschoß befindet sich ein Magazin und Wohnungen für das Dienstpersonal. Das Erdgeschoß enthält die Kontors, die Ambulanz, die Räume für spezielle Bäder, Massage, Mechanotherapie, Elektrotherapie, Gymnastik etc., wo auch die ambulanten Kranken unentgeltliche Behandlung genießen. Die Wohnung des ersten Assistenten befindet sich ebenfalls hier. Im Stockwerk ist der Lehrsaal, vier Laboratorien für Mikroskopie, Bakteriologie und Chemie, Psychophysiologie und für Photographie untergebracht. Hieran reihen sich die Bibliothek, die Räume des Professors und eine Wohnung für den zweiten Assistenten.

Die Pavillons für die Kranken (Abb. 9—18) sind in zwei Gruppen und einen isolierten Bau gesondert. Eine Gruppe von drei Gebäuden ist für geisteskranke Männer, eine zweite, gleiche Gruppe für geisteskranke Frauen bestimmt. Der isolierte Pavillon dient ausschließlich den Nervenkranken.

Jede Gruppe zu drei Pavillons enthält eine Abteilung für Ruhige, eine zweite für Unruhige und eine dritte dient als Beobachtungsstation. Letztere liegt in der Mitte und ist mittelst Verbindungsgänge mit den beiden anderen verbunden. An jeden Verbindungsgang reiht sich ein Raum für die Besucher der Kranken an. Im ersten Stock der Beobachtungsstation ist noch eine kleine Abteilung für arbeitsfähige, ganz frei umhergehende Geisteskranke untergebracht. Diese Gruppierung und Verbindung der Pavillons miteinander gestattet es, daß die Überführung der einzelnen Kranken aus der Beobachtungsstation und in dieselbe, je nach Bedarf, leicht bewerkstelligt werden kann. Jeder Pavillon hat seinen eigenen Garten. Hinter den Verbindungsgängen sind kleine Höfe angebracht, wo die Reinigung, Lüftung der Möbel und des Bettzeuges ungestört ermöglicht ist.

In sämtlichen Pavillons sind die Tagesräume im Erdgeschoß, die Schlafräume im Stockwerk unterge-

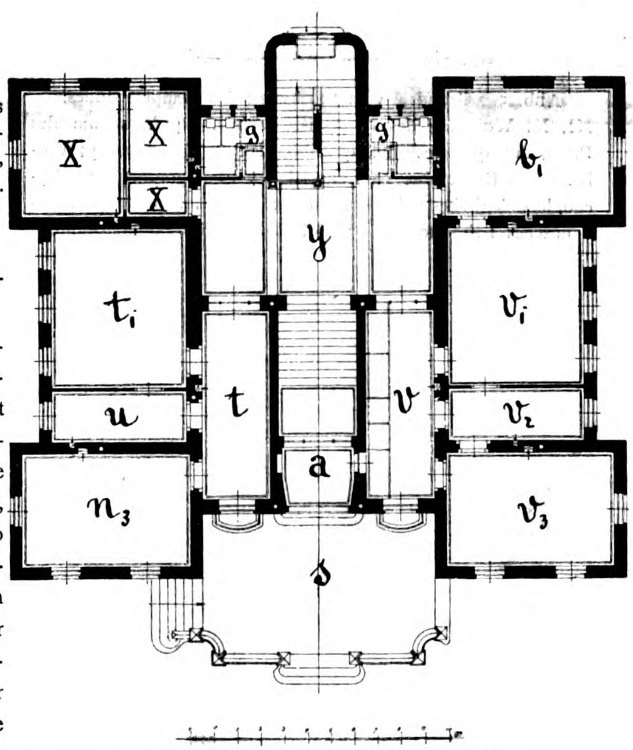


Abb. 4. Grundriß vom Erdgeschoß des Hauptgebäudes. X, X Wohnung des I. Assistenzarztes. t Warteraum für die Parteien. t1 Kanzlei. u Ärzte-Bureau. n3 Speisezimmer der Ärzte. b1 Ambulanz, Elektrotherapie. v Ankleideraum für die Kranken. v1 Mechanotherapie und Gymnastik. v2 Elektrotherapie (Hochfrequente Ströme.) v3 Hydrotherapie. g, g Kammern. y Halle. a Eingang. s Terrasse.

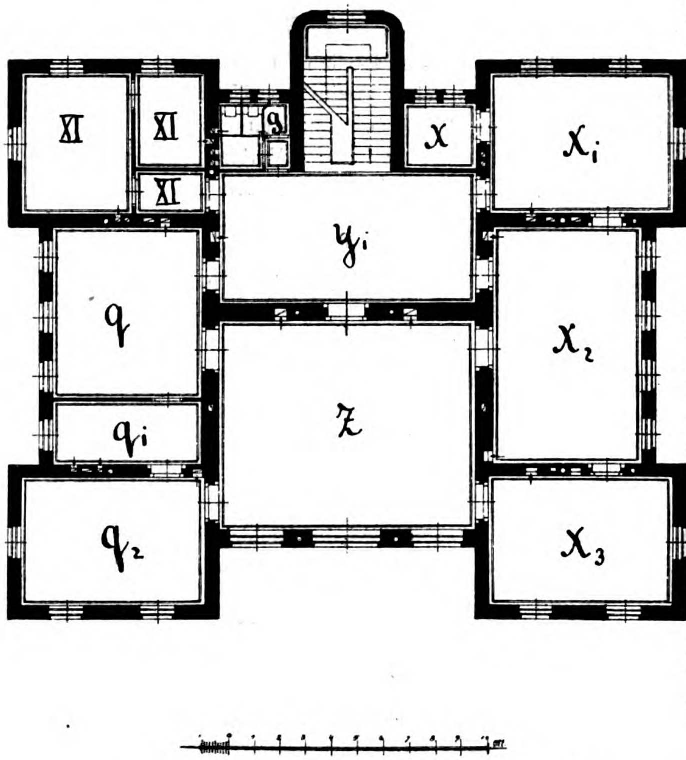


Abb. 5. Grundriß vom Stockwerk des Hauptgebäudes.
XI, XI Wohnung des II. Assistenzarztes. q Amtsraum des Professors. q1 Lehrmittel. q2 Bibliothek. g Kammer. y1 Vorhalle und Garderobe. z Lehrsaal. x Photographie. x1 Psychophysiologisches Laboratorium. x2 Bakteriologisches und chemisches Laboratorium. x3 Mikroskopisches Laboratorium.

für Schmutzwäsche und eine für Reinigungsutensilien vorhanden. Um den gemeinsamen Schlafraum herum gruppieren sich der Baderaum mit den Waschbecken, je zwei Isolierzimmer, das Wohnzimmer des Klassenwärters und die sonstigen Nebenräume. Die Isolierzimmer sind vollständig möblierte Wohnräume für solche Kranke, die aus irgendeinem Grunde einer Separation oder Überwachung bedürftig sind.

Einige Zimmer für Kranke erster und zweiter Verpflegsklasse sind oben und unten vorhanden. Jeder Pavillon enthält auch einen Arbeitsraum für die Kranken. In den Beobachtungspavillons sind eigene Räume für die Krankenuntersuchung und Dunkelkammern für Photographie beigefügt. Auch haben hier die Hilfsärzte ihre Wohnungen.

In allen Räumen sind die Wände bis auf zwei Meter Höhe mit Porzellanölfarbe gestrichen, die Ecken mit Fayenceplatten bedeckt, der Fußboden mit Eichenholzparketten belegt. Nirgends gibt es Eisengitter an den Fenstern. Alle Fenster sind sperrbar. Die Türen haben statt Klinken zumeist Metallknöpfe. Sonst ist alles wie in einem gewöhnlichen Wohnhaus eingerichtet.

Der Pavillon für Nervenkranke (Abb. 19—21) ist ähnlich ausgestattet, mit gebräuchlichen Türklinken und Fensterverschlüssen. Er birgt im Erdgeschoß die Abteilung für Männer, im Stockwerk die der Frauen. In jeder Etage sind hier je drei Betten für die I., je 4 für die II. und je 8 Betten für die III. Verpflegsklasse vorhanden. Jede Abteilung enthält

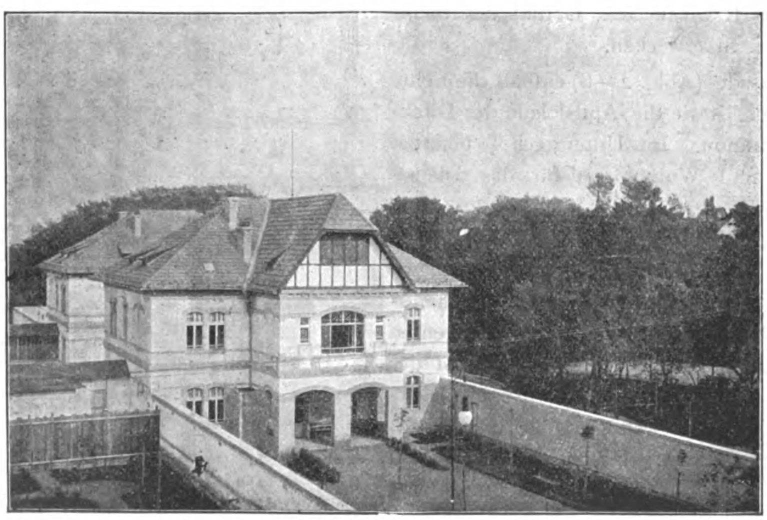


Abb. 10. Pavillon für unruhige Frauen von der Gartenseite
Links der Verbindungsgang.

bracht. Neben den Tagesräumen sind Veranden, Theeküchen, Wärterzimmer, Klosetts, je eine Kammer

nebenbei einen Tagesraum, einen Speisesaal, ein Badezimmer, eine Veranda, ein Zimmer für das

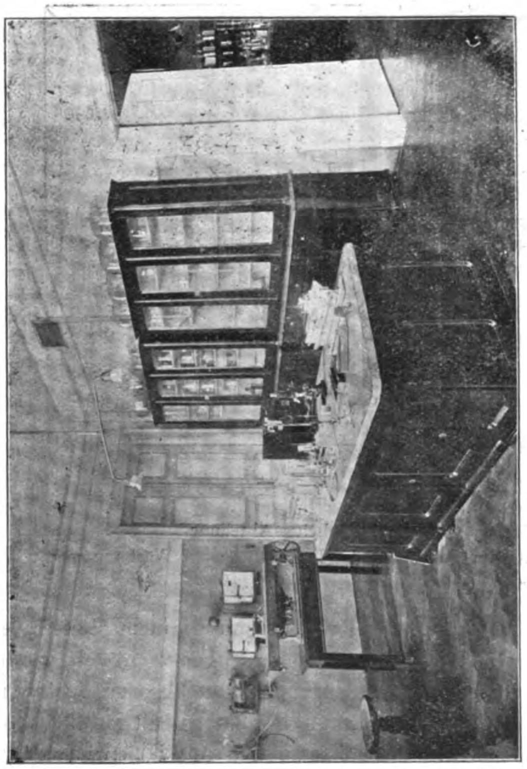


Abb 6. Mikroskopisches Laboratorium.

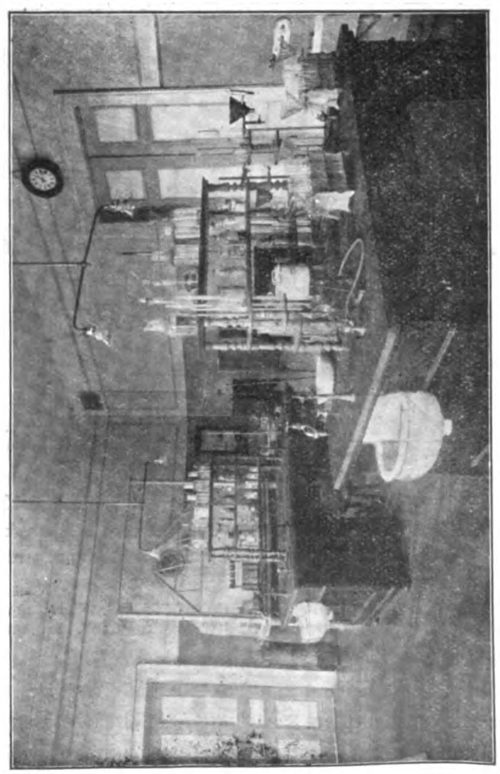


Abb. 7. Bakteriologisches und chemisches Laboratorium.

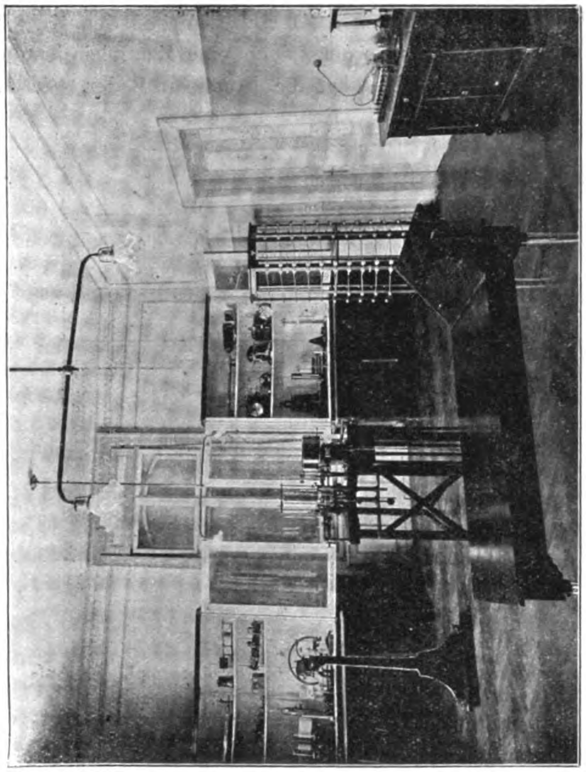


Abb. 8. Psychophysiologisches Laboratorium.

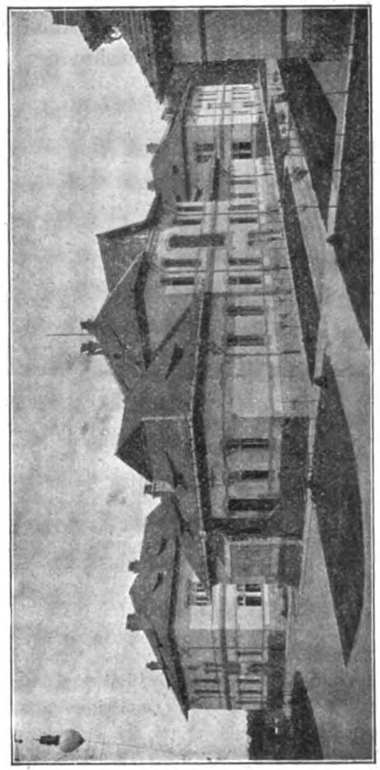


Abb. 9. Gruppe der Männerabteilung für Geisteskranke. Links der Pavillon für Ruhige, in der Mitte die Beobachtungsstation, rechts hinten der Pavillon für Unruhige.

Wartepersonal usw. Nur der Untersuchungsraum, die Küche, die Kammern sind für beide Abteilungen gemeinsam. In diesem Gebäude wohnt der III. Assistenzarzt und die Haushälterin.

Das Gebäude für das Kesselhaus ist im Norden der Anlage situiert. Es enthält neben den Kesseln für die Zentralheizung auch eine Zentraleinrichtung für Heißwasserleitung, die sämtliche Bäder, Wasch-

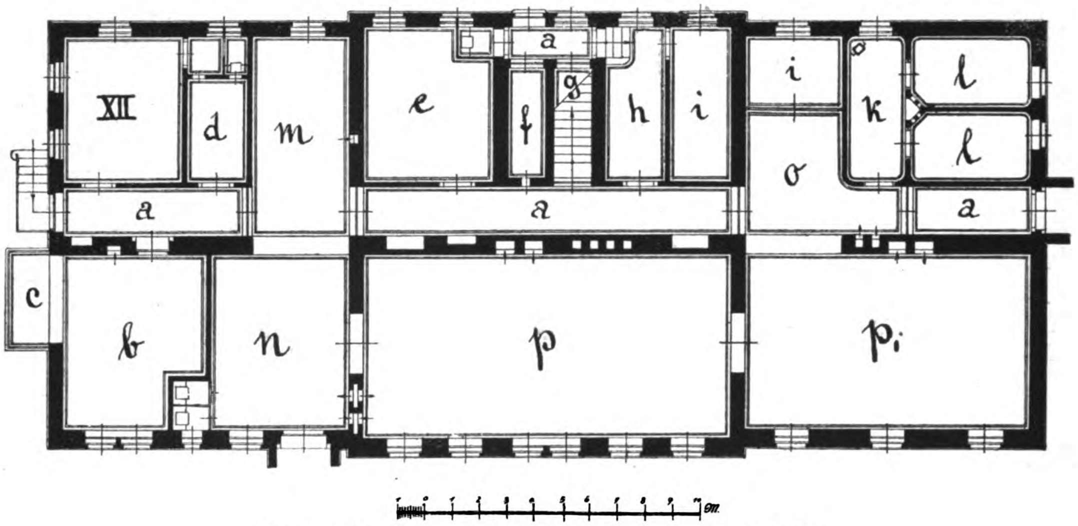


Abb. 11. Grundriß vom Erdgeschoß der Beobachtungs-Station.

a, a Flur und Korridor. XII Wohnung des Hilfsarztes. b Untersuchungsraum. c Nische für photographische Aufnahmen. d Dunkelkammer. e Kleider- und Wäsche-Depot. f Kammer für Schmutzwäsche. g Kammer für Reinigungsmaterial. h Teeküche. i, i Wärterzimmer. k Vorraum und Bad. l, l Isolier-Zimmer. m Station für permanente Bäder, Waschbecken. n Tagesraum. o Raum für Schwerkranke. p Beobachtungsstation für Ruhige. p1 Beobachtungsstation für Unruhige.

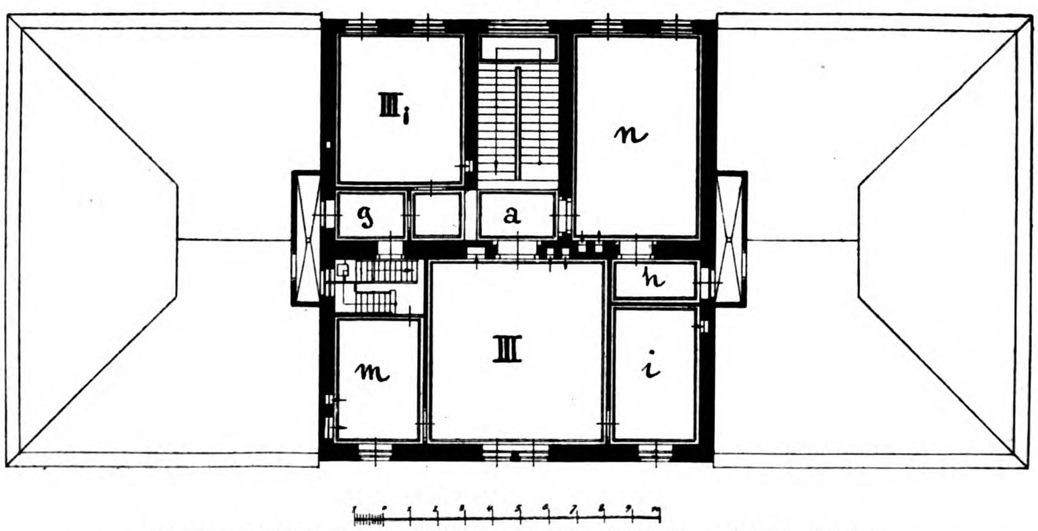


Abb. 12. Grundriß vom Stockwerk der Beobachtungs-Station. Arbeiter-Abteilung.

a Vorraum. III Schlafraum. III1 Schlafraum. n Tagesraum. m Badezimmer. h Teeküche. i Wärterzimmer. g Kammer.

Die Arbeitsräume sind für Schneider, Schuster, Näherinnen, Tischler, Schlosser als Werkstätten eingerichtet. Die Gärtnerei dient ebenfalls zur Beschäftigung der Kranken. Auf den Spielplätzen stehen Lawn Tennis, gynmastische Geräte und anderweitige Spiele zur Verfügung.

becken usw. aller Pavillons mit warmem Wasser versorgt. Das Kesselhaus ist seither vergrößert worden und gibt noch genügend Raum für eine Schlosserei und Schmiedewerkstatt. Auch enthält sie die Wohnungen des Maschinisten und des Heizpersonals.

(Schluß folgt.)

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, **Stuttgart.**

(Fortsetzung.)

v. Nießl-Mayendorf: Über die Mechanik der Wahnbildungen.

Das Großhirn gliedert sich in sogen. Fokalgebiete (G. centr. ant., post., Gyri temp. prof. mit ihrem Übergang in T_1, die beiden Lippen der Fiss. calc., G. hipp.), deren Erkrankung eine prägnante Symptomatologie darbietet, und in die weit umfänglicheren dazwischen liegenden Hemisphärenteile, welche mit Recht die „stummen" genannt werden, da sie bei ihrer Zerstörung, sofern die zu den Rindenregionen der Fokalgebiete ziehenden Leitungsbahnen nicht mitergriffen werden, keinerlei konstante palpable Erscheinungen erkennen lassen.

Da die Rinde der Fokalgebiete eine besondere und von derjenigen der stummen Hirnteile differente Struktur besitzt, deckt sich hier die Eigenart des histologischen Aufbaues mit der Eigenart der Funktion. Die Rinde der Fokalgebiete zeigt allenthalben strukturelle Verwandtschaften, was hinwieder auf eine gegenseitige Verwandtschaft der Funktion schließen läßt.

Der kortikale Mechanismus der Foci ist mit allen anatomischen Postulaten ausgestattet, welche wir für die physiologischen, das Zustandekommen einer Vorstellung begründenden Gehirnvorgänge vorauszusetzen haben: 1. mit Reizzuflüssen von der Sinnenperipherie auf den Wegen der Projektionsbündel, 2. großem Reichtum kleiner Rindenkörper, durch welchen den verschiedensten peripheren Kombinationen gereizter Sinneszellen mit den verschiedensten kortikalen Kombinationen gereizter Ganglienzellen entsprochen werden kann, 3. einer Zusammenfassung der einzelnen Elemente zu Einheiten durch die verbindenden Tangentialfasern, die in einem proportionalen Zahlenverhältnis zu den kleinen Rindenkörpern stehen, 4. einer Verknüpfung der kortikalen Fokalgebiete untereinander durch subkortikale Assoziationsbündel, welche in dem einen entspringen und in dem anderen endigen.

Eine Vorstellung, als Erinnerungsbild einer sinnlichen Wahrnehmung, erhält durch die Einrichtung unter 2. die Lokalzeichen, die Formen. Durch den Assoziationsmechanismus unter 3. wird sie als psychische Einheit aus den sie begleitenden Phänomenen und anderweitigen Vorstellungen herausgehoben, und zwar durch das Urteil, welches eben das Bewußtwerden der Einheit ist. Die einzelne Vorstellung ist keine komplizierte psychische Funktion (v. Monakow), weil sie, losgelöst von allen Gedankenreihen und Gefühlen, unbewußt bleibt, sie ist vielmehr von dem Bewußtseinsinhalt nur durch Schließen abstrahierbar, und das Schließen schafft mithin erst die Vorstellung für das Bewußtsein.

Die menschliche Gehirnpathologie bietet sprechende Belege für die Auffassung der kortikalen Foci als Vorstellungsmechanismen, und so spricht denn alles für ihre Bedeutung als Zentralorgane des Sinnengedächtnisses.

Die Rinde der stummen Hirnteile steht nach allem mit der Sinnenperipherie nicht in direktem funktionellen Konnex, wenn auch Fasern zum Thalamus herabsteigen, und wird daher Funktionen vorstehen, welchen keine Projektionen in dem Weltbild des Bewußtseins zukommt und deren Chemismus einzig durch den Oxydationsprozeß endogener Vorgänge ohne Modifikation des von der Sinnenperipherie eindringenden Reizes bestimmt wird. Die subkortikalen Assoziationsbündel, welche jeden Punkt der kortikalen Foci mit einem solchen der stummen Hemisphärenabschnitte verknüpfen und demnach sowohl mit den Rindenganglien dieser als jener in irgendwelchem funktionellen oder morphologischen Kontakt stehen müssen, werden die Ernährungszustände der stummen Hemisphärenabschnitte den kortikalen Foci übermitteln. Hier offenbart die sichtbare Morphologie des Gehirnbaues die psychologisch längst erkannte Wahrheit, daß jede Vorstellung von einem Gefühl begleitet, betont sei. Ich erblicke daher, ohne weitere Voraussetzungen zu benötigen, in den Ernährungsvorgängen der Rinde der stummen Hemisphärenteile die physiologischen Korrelate der Gefühle.

Das Wesentliche bei dem krankhaften Vorgang der Wahnbildung ist bekanntlich das felsenfeste Fürwahrhalten gewisser Deutungen von Wahrnehmungen, welche der normalen Verstandestätigkeit auch mit dem Erfahrungsschatz des Kranken selber unvereinbar erscheint. Dieser typische Mangel der Korrektur trägt den Charakter einer pathologischen Lücke in der Gedankentätigkeit. Bei kritischer Analyse des Wahnes ergibt sich jedoch, daß die von dem Kranken ganz korrekt gemachten und logisch verarbeiteten Wahrnehmungen abnorm gefühlsbetont sind. Die im fremden Lichte erscheinenden Wahrnehmungen erscheinen ihm selber fremd und verhindern den Eintritt der Korrektur sowie den Fortgang und die Rückkehr logischer Gedankenverbindungen. Die Gefühle leihen erfahrungsgemäß den erwachten Gedanken nicht nur ihren Inhalt (Größenwahn, Verfolgungswahn, Inhalt der Träume), sondern sie bestimmen auch die Richtung des Gedankenablaufs, so daß die eben geschilderte Dissonanz zwischen normaler Vorstellung und pathologischem Gefühl zum Anstoß einer Weiterbildung von Vorstellungsreihen werden kann, welche fernab von gesunder Logik mit Aufbietung der abenteuerlichsten Dialektik die Existenzberechtigung der Wahnideen verteidigt.

Betrachtet man nach dieser klinisch-psychologischen Feststellung die Erscheinung der Wahnbildung in der physiologischen Beleuchtung der oben auseinandergesetzten Prinzipien der Gehirnmechanik, so läßt sich bei ihrem Auftreten sehr wohl an eine isolierte Erkrankung der stummen Hemisphärenteile denken, zumal der Vorstellungsschatz solcher Kranken erfahrungsgemäß vollständig intakt befunden wird (keine Aphasie, Apraxie, Tastblindheit, Seelenblindheit, Wort-

blindheit etc.). Die stummen Hemisphärenteile dürfen nach Einheitlichkeit ihrer Entwicklung und ihrem kortikalen sowohl als subkortikalen Aufbau als Großhirnsysteme angesehen werden, und wir würden demnach in dem Wahn das Symptom einer „Systemerkrankung" vor uns haben, wie solche in der Pathologie des Rückenmarks längst bekannt sind.

(Autoreferat.)

Brodmann (Tübingen): „Neue Probleme der Rindenlokalisation" (mit Demonstrationen), ein sehr interessanter, zu kurzem Referat nicht geeigneter Vortrag.

In Ergänzung und Fortführung seiner früheren Untersuchungen über die normale histologische Lokalisation der Großhirnrinde erörtert Vortr. die aus der Anwendung dieser Lehre auf die Pathologie der Hirn- und Geisteskrankheiten sich ergebenden neuen Probleme und Aufgaben der Rindenforschung. Es sind prinzipiell zwei Arbeitsrichtungen der pathologischen Rindentopographie zu unterscheiden:

1. eine Pathologie der Tektonik,
2. eine Pathologie der Lokalisation im engeren Sinne.

Die Pathologie der Tektonik (Pathotektonik) beschäftigt sich mit den regionären Veränderungen der normalen Rindenschichtung im Zell- und Faserbilde unter pathologischen Bedingungen und sucht festzustellen, ob unter gewissen Umständen, etwa in bestimmten Krankheitsfällen lokale, nur ein oder mehrere Rindenfelder oder eine größere Rindenhauptzone isoliert umfassende, andere Gebiete nicht betreffende Abweichungen im typischen Rindenbau (Zyto- und Myeloarchitektonik) vorkommen. Unter Hinweis auf frühere einschlägige Mitteilungen werden einige neue Beispiele dieser Art kurz berichtet.

Die Pathologie der Feldergliederung oder der Lokalisation im engeren Sinne (Pathotopik) bildet das eigentliche Thema des Vortrages und der Demonstrationen.

Normalerweise besitzt das Säugetiergehirn, wie Brodmann in seiner „Vergleichenden Lokalisationslehre" (1909) begründet hat, eine landkartenähnliche Oberflächengliederung der Großhirnrinde in zahlreiche, spezifisch gebaute Strukturtypen, die für den Menschen und für jede Spezies nach Zahl, Art, Größe, Gestalt und räumlicher Verteilung der Einzelfelder charakteristisch ist. Unter gewöhnlichen Verhältnissen kommen Abweichungen von dem auf Grund umfangreicher statistischer Untersuchungen an Normalgehirnen (von nicht geisteskranken Erwachsenen) als „typisch" erkannten Verhalten nur innerhalb relativ enger Grenzen vor. Zunächst hat Brodmann von einem Felde, der Area striata (histologische Sehsphäre oder Kalkarinatypus), die durchschnittliche individuelle Variationsbreite, deren Kenntnis eine Vorbedingung für die Anwendung auf die Pathologie ist, genauer untersucht. Der durchschnittliche Flächeninhalt des histologischen „Sehfeldes" wurde nach dem von A. Henneberg beschriebenen Verfahren beim erwachsenen Menschen auf rund 3450 qmm ermittelt, das sind annähernd 3% der Gesamtrindenfläche; als entsprechende Werte ergeben sich für: gyrenzephale niedere Affen 13%, Krallenaffen 21%, Hund 11%, Pteropus 15%, Kaninchen $8^1/_2$%, Igel 4%, Beutelratte 6%. (Für die Rinde des Archipalliums wurden ähnliche Vergleichsmessungen an den Gehirnen der verschiedensten Ordnungen angestellt und die Ergebnisse tabellarisch demonstriert).

Ein abweichendes, „atypisches", aber an sich nicht pathologisches Verhalten der Area striata — wie es Vortragender und schon vor ihm E. Smith in einer relativ großen Prozentzahl bei fremden Menschenrassen gefunden haben —, namentlich ein starkes Übergreifen des Feldes auf die laterale Oberfläche und eine mehr oder weniger deutliche Ausbildung eines Operculum occipitale und eines Sulcus lunatus findet sich beim Europäer nur äußerst selten, immerhin hat Brodmann solche Ausnahmefälle beobachtet.

Von pathologischen Fällen wurden bisher durch den Vortragenden — mangels weiteren Materials — nur eine kleinere Anzahl verschiedener Krankheitsformen auf etwaige Anomalien in der Ausbildung der Area striata untersucht. Sein Material betrifft: vier Idioten, eine Mikrozephalie, zwei Fälle von tuberöser Sklerose, zwei von Huntington'scher Chorea und eine Tabes-Amaurose. Auf Grund der hier festgestellten Abweichungen in der räumlichen Ausgestaltung der Area striata unterscheidet Vortragender vorläufig: pathologische Vergrößerungen und Verkleinerungen, Gestaltsveränderungen und Lageverschiebungen von histologischen Rindenfeldern, die teils als Ausdruck partieller Rindenagenesie oder partiellen Rindenhyperplasien, teils als Folge von atrophierenden Prozessen oder lokalen Schrumpfungen aufzufassen sind. Die geringste Rindenfläche der Area striata (2300 qmm) mit völlig pathologischer Lagerung des Feldes fand sich bei einem Mikrozephalen von 400 g Hemisphärengewicht. Von weiteren derartigen in größerem Umfange auszuführenden Untersuchungen erwartet Vortragender die Grundlagen für eine neu zu schaffende pathologische Kortexorganologie.

Die Pathotopographie der Großhirnrinde tritt demnach als gleichberechtigter Forschungszweig neben die Histopathologie im engeren Sinne beim Studium der Geistesstörungen und ihrer körperlichen Grundlagen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich mit Tabellen und Abbildungen im Journal für Psychologie und Neurologie.)

(Fortsetzung folgt.)

Hundertjahrfeier der Königl. Sächsischen Landesheilanstalt Sonnenstein bei Pirna.

Bis zum Ende des siebenjährigen Krieges war der Sonnenstein eine Festung des Kurfürstentums Sachsen gewesen. Danach waren im Schloß invalide Offiziere und Soldaten untergebracht. 1811 wurde er zur Irren-Heil- und Pflegeanstalt eingerichtet. Man wollte hier eine Kuranstalt für die

heilbaren Geisteskranken errichten und mußte zugleich die damals noch in Torgau befindlichen chronischen Geisteskranken unterbringen, denn Torgau wurde ausschließlich zu Festungszwecken gebraucht. Lag die Fürsorge für Kranke aller Art auch damals zunächst den Gemeinden ob, so wollte der Staat doch in hochherziger Weise seinerseits bei allen den Irren ein Heilverfahren einleiten, bei denen noch auf Erfolg zu rechnen war, und auch das traurige Los der Unheilbaren wollte die Regierung nach Möglichkeit lindern. Arzt der Anstalt, später Direktor, wurde Dr. Pienitz, der in Paris bei Prof. Pinel die modernsten Behandlungsmethoden kennen gelernt hatte. Zwar erfuhr die Anstalt im Jahre 1813 durch Kaiser Napoleon, der den Sonnenstein noch einmal zur Festung umwandelte und die Kranken fortjagte, eine erhebliche Störung, doch einige Jahre später war die Anstalt von neuem eingerichtet und man konnte bald von erfreulichen Heilungen berichten. Von Nah und Fern kamen Ärzte und Verwaltungsbeamte, um die mustergültigen Einrichtungen kennen zu lernen und nachzuahmen. 1829 erschien ein dreibändiges Werk über den Sonnenstein vom Konferenzminister von Nostitz und Jänckendorf mit ausführlichen Mitteilungen über Geschichte und Verwaltung der Anstalt, die in allen Ständen großes Vertrauen genoß. Auch außerdeutsche Familien vertrauten ihre psychisch erkrankten Familienmitglieder der Anstalt an. Gelehrte Fachmännner rühmten in ihren Schriften die vortreffliche Behandlung und den menschenfreundlichen Geist der Ärzte, Pfleger und aller Angestellten. Pienitz folgte im Jahre 1871 sein bisheriger Mitleiter Lessing als Direktor nach und wurde auch in das neugegründete Landes-Medizinalkollegium berufen. Den Anschauungen seiner Zeit entsprechend hielt auch er gegebenenfalls noch energische Prozeduren für angebracht. Gern regte er die Kranken zu landwirtschaftlicher Tätigkeit an und sorgte unermüdlich für ihr Wohl, die Direktion jederzeit mit Straffheit und Würde leitend. 1883 übernahm Dr. Weber die Leitung der Anstalt. Unter ihm wurde jeder mechanische Zwang beseitigt; alle guten modernen Methoden: Wachabteilung, Bettbehandlung, Dauerbäder führte er ein. Auf seinen Antrag wurden viele neue Häuser gebaut und vor wenigen Jahren noch wurde der alte Festungshof durch das Niederlegen alter Gebäude geöffnet. Den ungemein schönen Park pflegte er mit väterlicher Sorgfalt, auch eine Meierei errichtete er, auf der zurzeit 38 Kranke landwirtschaftlichen Arbeiten obliegen. Besonderes Geschick entwickelte Weber auf forensisch-psychiatrischem Gebiet, eine ungemein große Zahl von Gutachten hat er für die Gerichte und auch für die Verwaltungsbehörden angefertigt. Im vorigen Jahre legte er das Direktorat nieder, entfaltet aber im Landes-Medizinal-Kollegium noch immer eine segensreiche Wirksamkeit.

Große Verdienste haben sich um die Oberleitung der Anstalt sämtliche Direktoren „der für die Besorgung der Straf- und Versorgungsanstalten verordneten Kommission" bezw. der IV. Abteilung des Ministeriums des Innern erworben, ihre Namen: von Nostitz und Jänckendorf, von Lindenau, Körner, von Zahn, Jäppelt, von Bernewitz, Apelt sind untrennbar mit der Entwicklung der Anstalt verbunden.

War der Sonnenschein eine Zeitlang Heilanstalt für das ganze Land, so teilt er als Heil- und Pflegeanstalt seine Tätigkeit mit den andern Schwesteranstalten im Lande. Zu seinem Aufnahmebezirk gehören z. Zt. die Amtshauptmannschaften Dresden, Freiberg, Dippoldiswalde und Pirna. Zurzeit werden 652 Kranke, und zwar 342 Männer und 310 Frauen behandelt bezw. gepflegt. Von diesen Kranken gehören nicht weniger als 109 den höheren Verpflegsklassen an. Außer dem Direktor wirken 6 Ärzte, denen außer dem Oberpflegepersonal 87 Pfleger und 70 Pflegerinnen zur Seite stehen, weiter sind noch ein evangelischer Anstaltspfarrer und ein Anstaltslehrer angestellt. Katholische Kranke werden vom katholischen Pfarramtsgeistlichen versorgt. In der Wirtschafts-, Inventar-, Expeditions- und Kassenverwaltung, im Maschinenhaus und in den Werkstätten wirken zahlreiche Beamte für das Wohl der Kranken.

Am 4. Juli dieses Jahres vollendet sich der Zeitraum von 100 Jahren, in dem der Sonnenstein als Irrenanstalt vielen tausenden von Geisteskranken als Heilstätte oder als zweite Heimat gedient hat.

Möge, wie bisher, so immerdar ein guter Stern über dieser Stätte, ihren Beamten und ihren Schutzbefohlenen walten!

(Nach den Dresdner Nachrichten.)

Mitteilungen.

— **Der Hilfsverein für Geisteskranke im Königreiche Sachsen** hielt vor einigen Tagen im Evangelischen Vereinshause zu Dresden seine diesjährige Jahresversammlung im Anschluß an eine Ausschußmitgliedersitzung ab. Der Vorsitzende Herr Geh. Rat Dr. Weber-Dresden verbreitete sich

zunächst über die besondere Aufgabe des Vereins, das Verständnis für die Geisteskranken und Geisteskrankheit überhaupt im Volke zu wecken und gegen den Unverstand, der die Geisteskranken meist erst zu spät der sachgemäßen Anstaltspflege zuführe, anzukämpfen. Hierauf nahm der Redner einen kurzen Überblick über die Tätigkeit des Vereins im letzten Jahre und hob hervor, daß der Hilfsverein im letzten Berichtsjahre um etwa 100 Mitglieder, auf 4215 gewachsen ist. Er hat im letzten Jahre für Unterstützungen 7700 Mark verwenden können. Hierdurch ist manchem armen Geisteskranken in der Anstalt eine große Sorge um die Seinen daheim abgenommen und manchem nach seiner Entlassung aus der Anstalt die Rückkehr ins Leben erleichtert und ermöglicht worden. Die Generalversammlung erledigte die vorliegende Tagesordnung glatt, worauf der Vorsitzende die Versammlung mit dem Wunsche schloß, daß der Verein auch in Zukunft recht lebhaft durch das große Publikum unterstützt werden möchte. Der Mindestjahresbeitrag beträgt nur 1 Mark.

Therapeutisches.

Adalin.

Dr. med. Hennes, ehem. Assistenzarzt. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik und Poliklinik und aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn, Direktor: Prof. Dr. med. A. Westphal.) **Über Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen.** (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Vierter Band, 4. Heft, 1911.)

In der psychiatrischen und Nervenklinik und Poliklinik und der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn wurde das Adalin bei über 100 Kranken angewandt, mit als durchaus gut zu bezeichnenden Erfolgen. Nur in einigen wenigen Fällen hat das Präparat im Stich gelassen.

Bei neurasthenischen Beschwerden, bei leichterer hysterischer Unruhe, sowie bei den nervösen Begleiterscheinungen des Klimakteriums ließen die Beschwerden schon wesentlich nach bei mehrere Tage hindurch währender Verabreichung von tägl. etwa vier- bis sechsmal 0,25 g Adalin. Das Adalin wurde von der Mehrzahl der Kranken lieber genommen als die Bromsalze. Ein Nachlassen der Wirkung nach länger fortgesetztem Gebrauch konnte bei nervös erregten Kranken nicht festgestellt werden, auch keine Gewöhnung bei längerer Anwendung.

Eine ganze Reihe von Kranken äußerte spontan, sich nach Adalin bedeutend wohler zu fühlen als nach anderen Hypnoticis, die dem Eintritt des Schlafes vorhergehende Aufregungsperiode fiel beim Adalin vollständig aus, wie wiederholt spontan angegeben wurde, und der Schlaf wurde meist als tief und erquickend bezeichnet. Nur nach länger fortgesetzter ununterbrochener Darreichung des Medikamentes zeigte sich späterhin auch am Tage gelegentlich geringe allgemeine Erschlaffung und Schläfrigkeit, die jedoch nach dem Aussetzen des Mittels sehr bald und ohne länger dauernde Nachwirkung zurückgingen.

Bei den Erregungszuständen im Verlauf der verschiedensten Psychosen waren die Ergebnisse in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls durchaus befriedigend. Beispielsweise bewirkten bei mäßig stark erregten Kranken der Dementia-praecox-Gruppe fast immer Gaben von dreimal 0,5 g Adalin sehr bald eine deutliche Beruhigung. Dagegen erzielten bei schwerer manischer Erregung selbst größere Dosen allein keine ausreichende Beruhigung, so daß hier zu andern Mitteln gegriffen werden mußte.

Sehr gute Resultate ergab Adalin bei der allgemeinen motorischen Unruhe und Bettflüchtigkeit senil Dementer, bei deren sehr großen Hinfälligkeit sowie Herz- und Gefäßaffektionen die völlige Unschädlichkeit des Adalins schätzen gelernt wurde.

Auch bei schwerer allgemeiner Gefäßsklerose wurden üble Zufälle selbst bei protrahierter Adalindarreichung nicht beobachtet.

Fast immer bei ängstlich erregten Kranken, besonders bei Fällen von Melancholie wurde eine beruhigende Wirkung vermißt, bei Erregungszuständen im Verlauf der progressiven Paralyse und bei epileptischen Verwirrtheitszuständen mit motorischer Unruhe war sie dagegen nicht zu verkennen.

Das Präparat wurde von fast allen Kranken mit besonderer Vorliebe genommen. Genaue Kontrolle des Pulses, der Atmung, der Körperwärme, des Urins und der Verdauungsorgane ergab auch bei länger fortgesetztem Adalingebrauch keine Änderung dieser Funktionen.

Hennes selbst hat Adalin zur Bekämpfung nervöser Agrypnie nach angestrengter geistiger Tätigkeit mehrfach abends in Dosen von 0,75—1,25 g genommen und konnte dabei auch feststellen, daß die nach Bromgebrauch oft beobachtete, von Examenskandidaten gefürchtete Erschwerung des Denkens und der Reproduktion nach Adalin nicht eintritt.

Exantheme wurden nicht beobachtet.

Adalin wird infolge seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit gerne genommen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. —
Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 24. Juni **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvár (Ungarn). Direktor: Professor Dr. Karl Lechner. (Schluß.) (S. 117.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent Hugo Levi, Stuttgart. (Fortsetzung.) (S. 123.) — Mitteilungen. (S. 124.) „Rechtsschutz und Irrenhaus".

Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvár (Klausenburg), Ungarn.

Direktor: K. Hofrat Professor Dr. Karl Lechner.

(Schluß.)

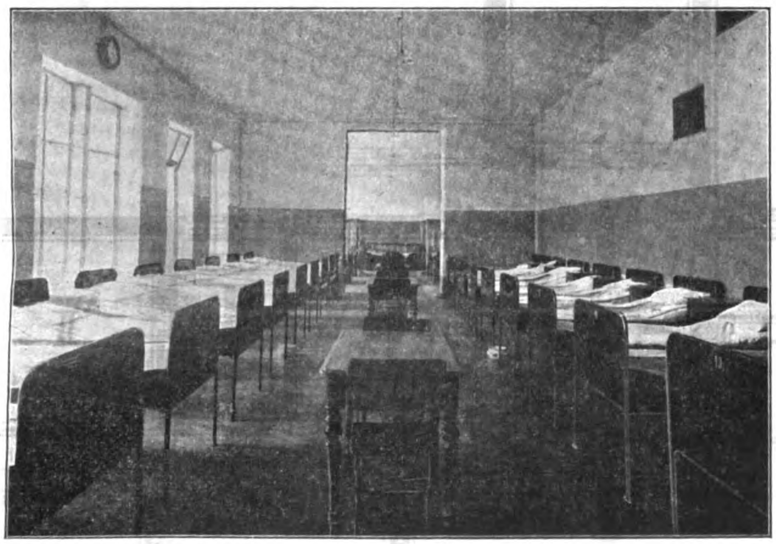


Abb. 13. Schlafraum für Ruhige der Beobachtungs-Station.

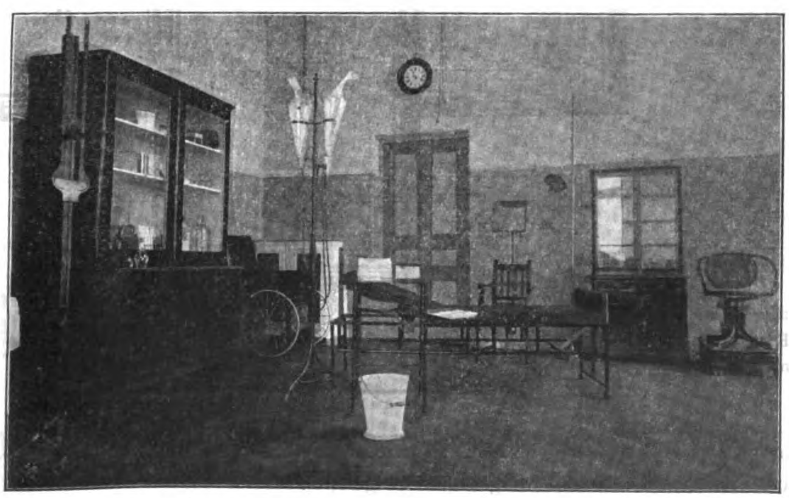


Abb. 14. Untersuchungsraum der Beobachtungs-Station.

Sämtliche Pavillons mit Ausnahme der Professorswohnung, wo Warmwasserheizung eingeführt ist, werden im Winter vom Kesselhaus aus mittels einer Zentral-Dampfhochdruckheizung erwärmt. Die Dampfrohre und Kondensrohre sind in gangbare, unterirdische Kanäle geleitet. Im Untergeschoß jedes einzelnen Pavillons sind Heizkammern angelegt, in welchen sich die von den Dampfröhren gespeisten Heizkörper befinden. Den Heizkammern wird stets frische, reine Außenluft zugeführt. Aus den Heizkammern strömt die hier erwärmte Luft durch eigene Schächte in die einzelnen Räume hinauf. Bei jeder Warmluftausströmung sind die Schachtmündungen regulierbar. Ebenso befindet sich in jedem bewohnten Raum ein eigener regulierbarer Schacht zur Abführung der verdorbenen Luft. Außerdem sind die Fenster mit Ventilationsapparaten versehen. Die von Geisteskranken nicht bewohnten Räume, das Hauptgebäude und der Nervenpavillon werden durch mit Dampf gespeiste Radiatoren geheizt, die in die Fensternischen eingesetzt sind.

Alle Bäder (30), alle Waschbecken (94), alle Ausgußbecken (32) sind mit der Warmwasser- und

der Kaltwasserleitung verbunden. Einige Wannen sind aus Majolika, die meisten aus emailliertem Eisen oder Blech, die Wandbecken und Ausgüsse aus Porzellan verfertigt. Sämtliche Water-Closetts (61) sind aus starkem Fayence gebaut. Alles ist so ausgestattet wie in gewöhnlichen Wohnhäusern. Die Abort- und Schmutzwässer fließen in die städtische Kanalisation ab.

Leuchtgas — 68 Hähne und 26 Kochapparate — ist in alle Küchenräume, Laboratorien und Untersuchungsräume eingeleitet.

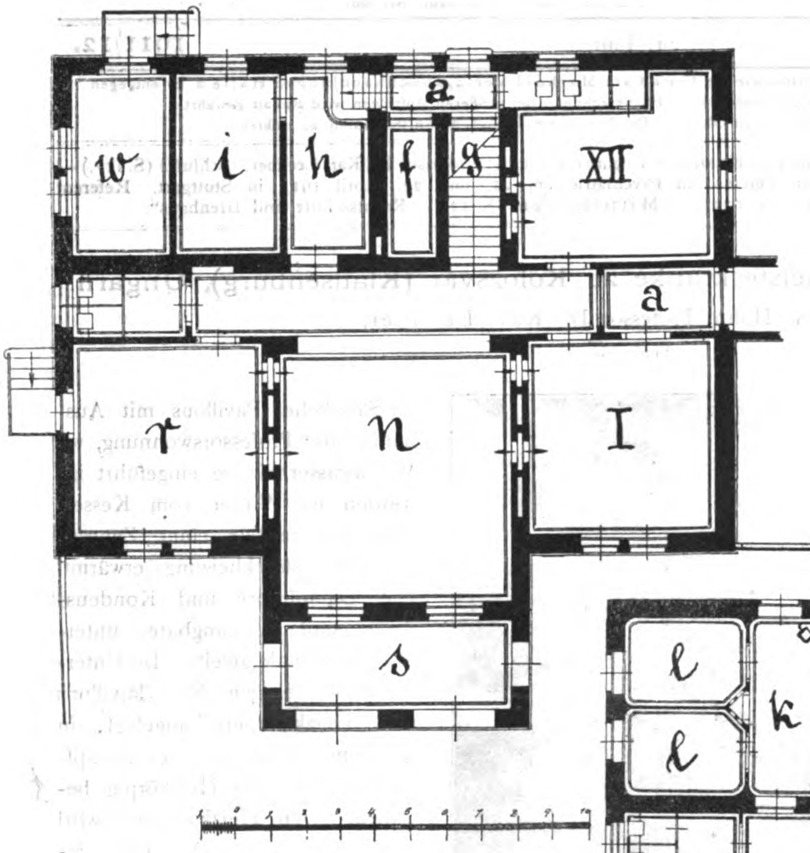


Abb. 15. Grundriß vom Erdgeschoß des Pavillons für Ruhige.
a, a Vorraum. XII Krankenzimmer für I. Verpflegsklasse. I Krankenzimmer für II. Verpflegsklasse. n Tagesraum. r Arbeitsraum. w Isolierzimmer für ansteckende Kranke. i Wärterzimmer. h Teeküche. f Kammer für Schmutzwäsche. g Kammer für Reinigungsutensilien. s Veranda.

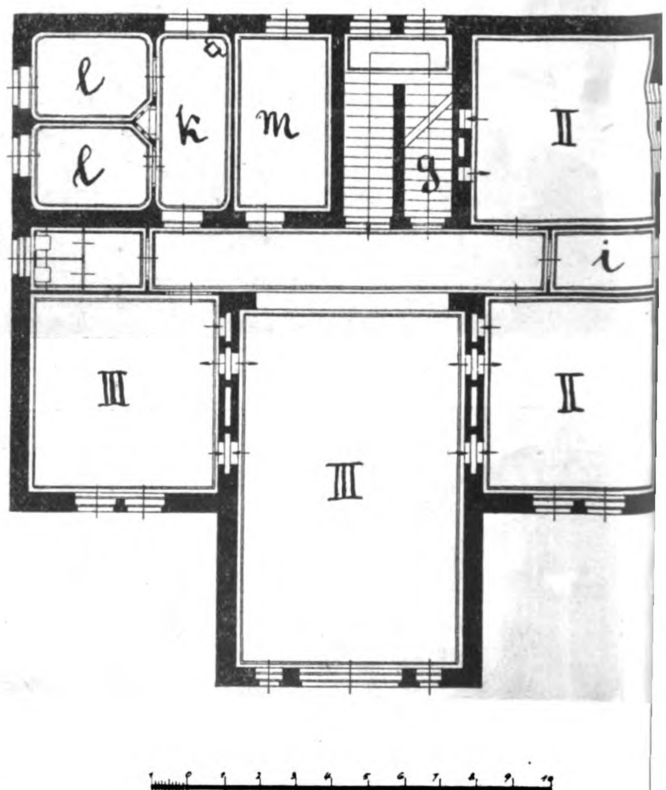


Abb. 16. Grundriß vom Stockwerk der Pavillons für Ruhige.
II, II Krankenzimmer für II. Verpflegsklasse. III, III Schlafsäle für III. Verpflegsklasse. i Klassenwärter. k Vorraum mit Bad. l, l Isolierzimmer. m Badezimmer. g Kammer.

Das ganze Institut wird mit elektrischen Lampen

beleuchtet. Es sind 600 elektrische Birnen und 6 Bogenlampen aufgestellt. Überall sind die Beleuchtungskörper auf herkömmliche Weise angebracht, nur bei den unruhigen Geisteskranken ist eine Plafond-Beleuchtung eingerichtet.

In der Portierloge ist eine Zentraltelephonstation aufgestellt, die mit 34 Telephonstationen innerhalb der Anstalt verbunden ist. Aus allen wichtigen Räumen jedes Pavillons können Verbindungen mit allen Innenstationen bewerkstelligt werden. Die Klinik steht auch mit den städtischen und interurbanen Telephon-Zentralen in Verbindung.

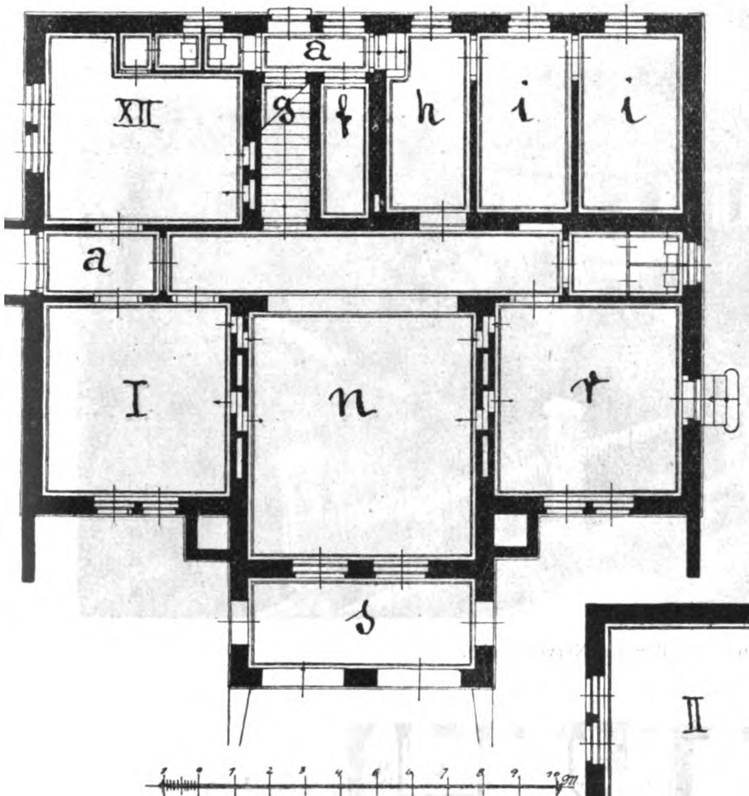


Abb. 17. Grundriß vom Erdgeschoß des Pavillons für Unruhige.
a, a Vorraum. XII Krankenzimmer für die I. Verpflegsklasse. I Krankenzimmer für die II. Verpflegsklasse. n Tagesraum. s Veranda. r Arbeitsraum. i, i Wärterzimmer. h Teeküche. f Schmutzwäsche. g Kammer.

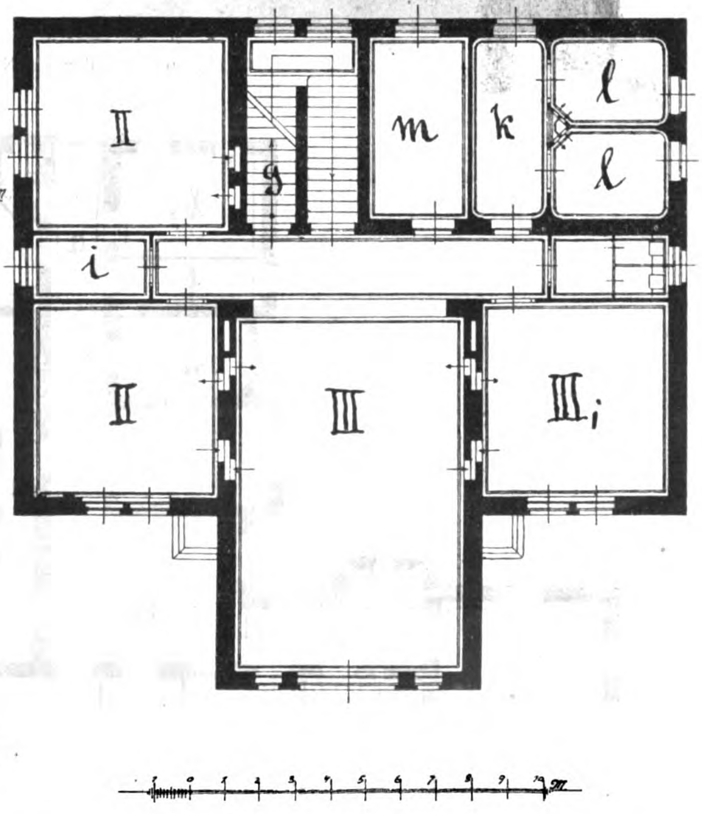


Abb. 18. Grundriß vom Stockwerk des Pavillons für Unruhige.
II, II Krankenzimmer für die II. Verpflegsklasse. III, III1 Schlafsäle für die III. Verpflegsklasse. i Klassenwärter. k Vorraum mit Bad. l, l Isolierzimmer. m Badezimmer, Waschbecken. g Kammer.

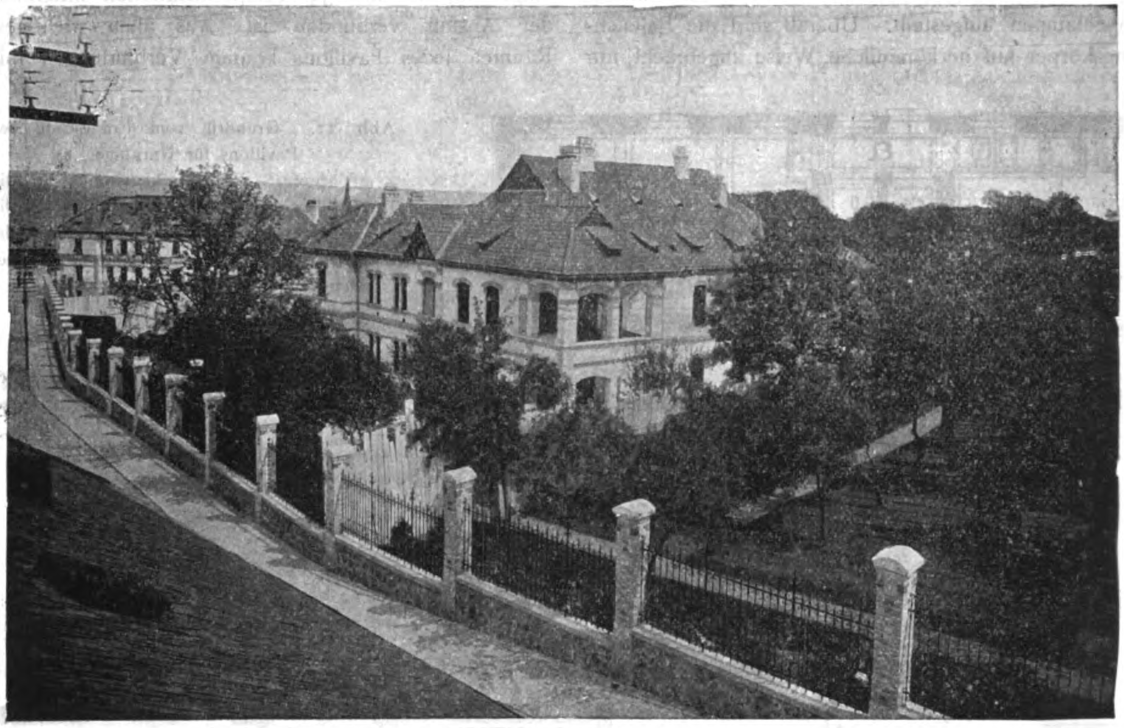
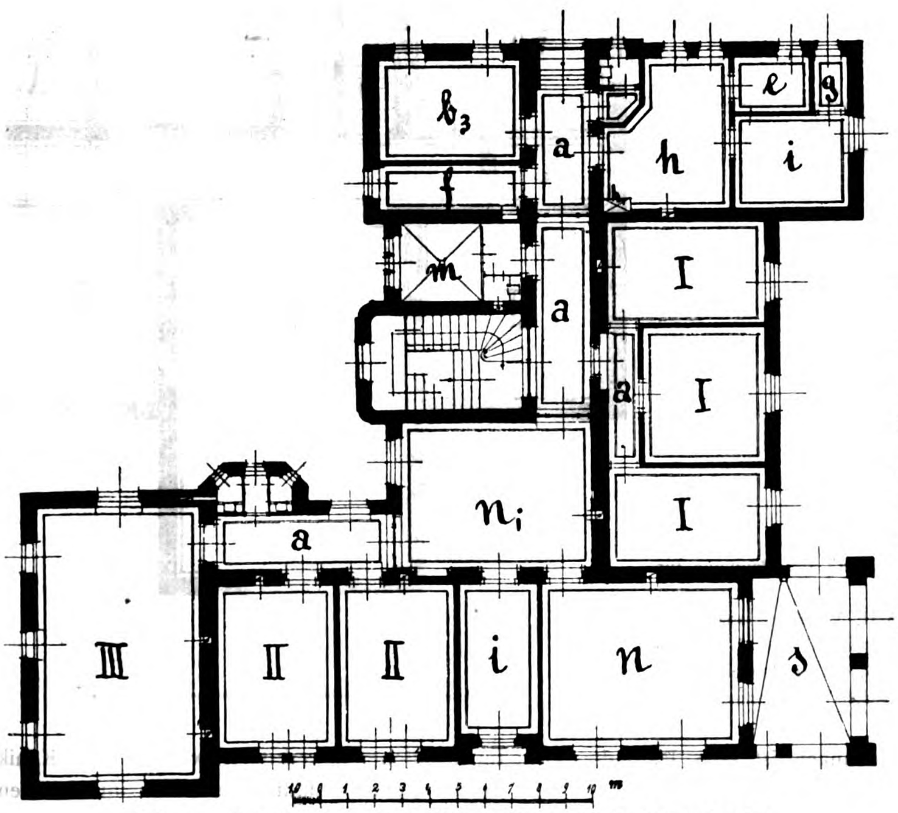


Abb. 19. Pavillon für Nervenkranke.



a, a Flur und Korridor.
I, I Krankenzimmer für die I. Verpflegsklasse.
II, II Krankenzimmer für die II. Verpflegsklasse.
III Krankenzimmer für die III. Verpflegsklasse.
b3 Untersuchungsraum.
g Kammer.
f Schmutzwäsche.
e Vorratskammer.
h Teeküche.
i, i Wärterzimmer.
m Badezimmer.
n Tagesraum.
n1 Speisesaal.
s Veranda.

Abb. 20. Grundriß vom Erdgeschoß des Pavillons für Nervenkranke.

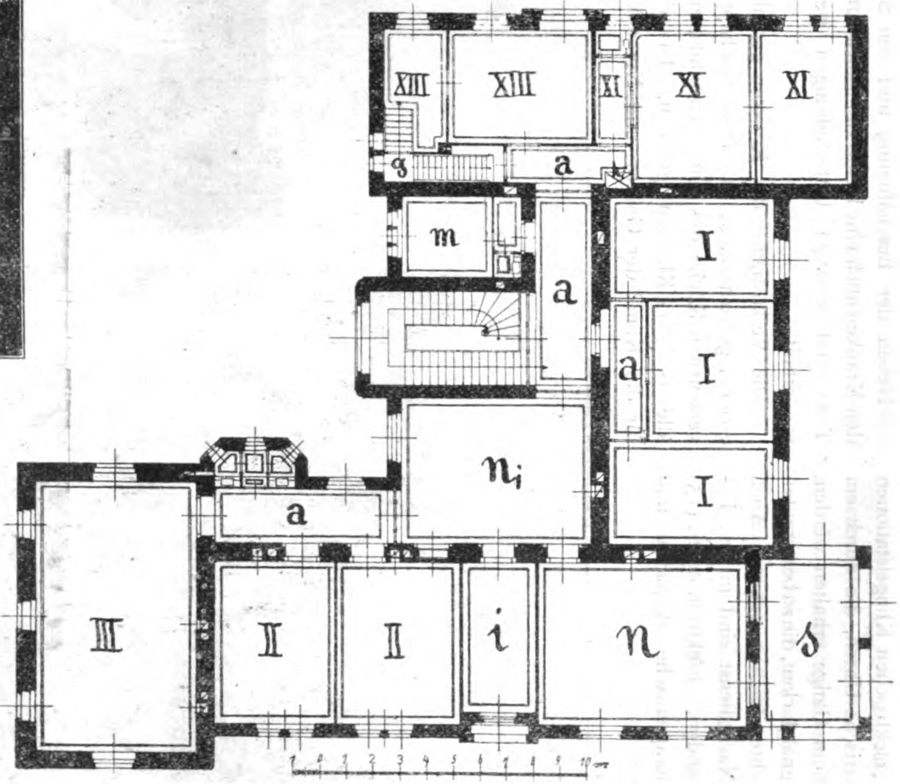


Abb. 21. Grundriß vom Stockwerk des Pavillons für Nervenkranke.
a, a Korridor. I, I Krankenzimmer für die I. Verpflegsklasse. II, II Krankenzimmer für die II. Verpflegsklasse. III Krankenzimmer für die III. Verpflegsklasse. XI, XI Wohnung des III. Assistenzarztes. XIII, XIII Wohnung der Haushälterin. g Kammer. m Badezimmer. n Tagesraum. u1 Speisesaal. s Veranden.

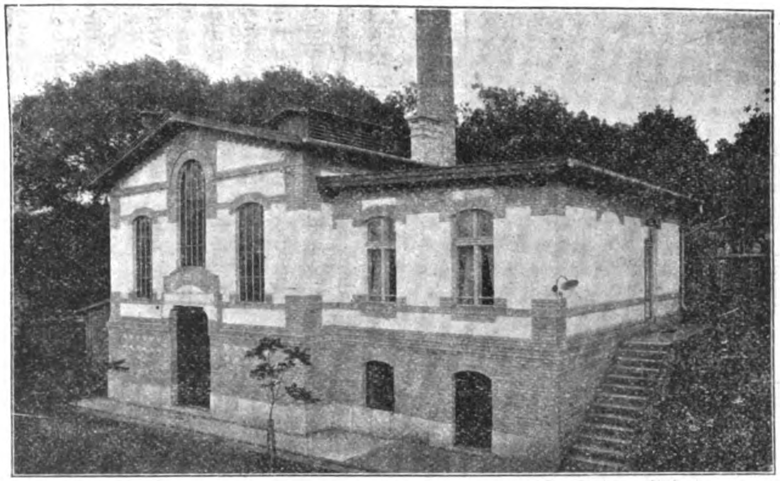


Abb. 22. Kesselhaus.

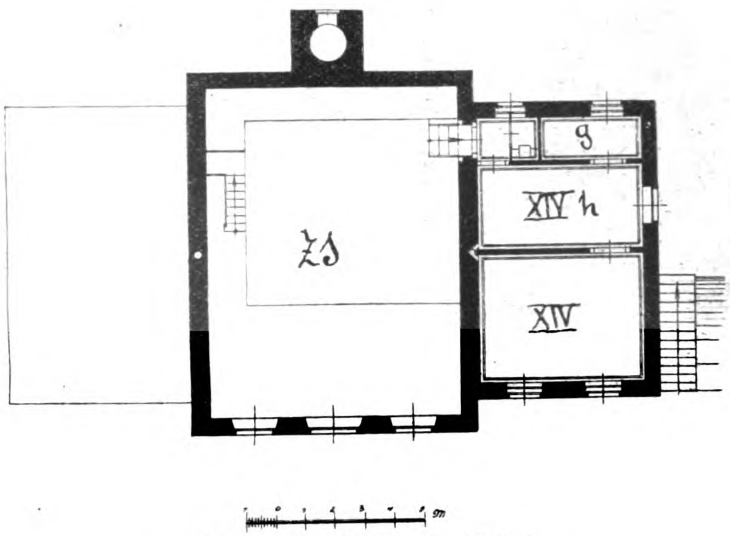


Abb. 23. Grundriß des Kesselhauses.
zs Kesselraum. XIV, XIV Wohnung des Maschinisten.

Die Klinik ist mit 112 elektrischen Klingelstationen versehen, besitzt 44 elektrische Uhren, die durch ein Zentraluhrwerk in gleichem Gange erhalten werden, und hat zwei elektrische Signalglocken, die zu bestimmten Tageszeiten das erwünschte Zeichen geben. Auch Kontrolluhren für den Nachtdienst sind in den Beobachtungsstationen vorhanden. Elektromotoren (15) halten verschiedene therapeutische Apparate und Ventilatoren im Gange.

Neben der Beschäftigung und den Spielen steht den Kranken auch eine kleine Bibliothek zur Verfügung. Tanz und sonstige Unterhaltungen werden öfters wiederholt.

Die Verköstigung der Kranken geschieht aus der großen, gemeinsamen, mit Dampfkochapparaten usw. versehenen Küche des Karolinenspitals, zu dem auch alle übrigen Kliniken gehören. Es wird geplant, für die Klinik der Geistes- und Nervenkranken eine separate Küche zu bauen. Die Pläne und Kostenvorschläge sind schon dem Ministerium für Kultus und Unterricht vorgelegt. — Eine kleinere, separate Küche besorgt seit Jahren die Extrakost, die Diätkost usw. für die Nervenkranken und die Pensionäre.

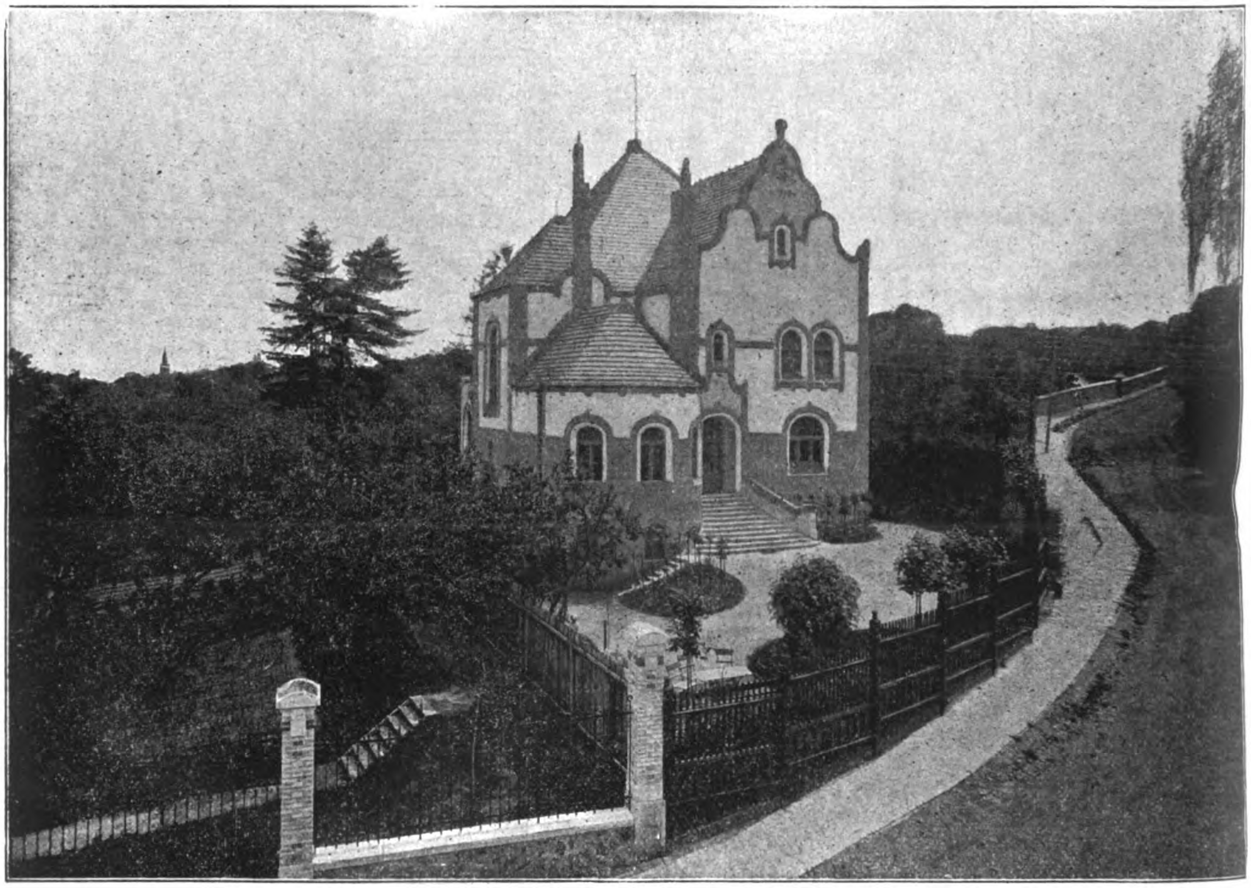


Abb. 24. **Wohnung des dirigierenden Professors.**

Behufs Untersuchung und Behandlung der Kranken ist die Klinik mit den neuesten und modernsten Einrichtungen, Apparaten und Instrumenten reichlich ausgestattet.

Die dazu tauglichen Kranken werden in den Werkstätten, neben verschiedenen Handwerkern, in den Gärten, in den Küchen, beim Photographieren, in dem Kontor der Anstalt, sowie im Wartedienst beschäftigt. Die erzeugten Gewerbeartikel, sowie Blumen, Früchte und Gemüsesorten werden teils für Zwecke der Klinik verbraucht, teils zugunsten der Kranken verkauft.

Die Schmutzwäsche wird in der großen gemeinsamen, modern eingerichteten Waschküche des Karolinenspitals gewaschen und wenn nötig, vorher desinfiziert.

Die Leichen der Verstorbenen gelangen direkt in die Totenkammern des Pathologisch-Anatomischen Institutes der Universität.

Das ärztliche Personal der Klinik besteht aus dem dirigierenden Professor, aus drei Assistenzärzten und drei Hilfsärzten. Zusammen 7. Hierzu schließen sich zeitweise einzelne Volontärärzte an.

Das Wartepersonal ist folgendes:

1 Oberwärter und 1 Oberwärterin,
1 Oberwärterstellvertreter und 1 Oberwärterinstellvertreterin,
1 Haushälterin,
7 Klassenwärter und -Wärterinnen,
42 Wärter und Wärterinnen.
Zusammen 54 Personen.

Hierzu gesellt sich als Hilfspersonal

2 Beamte, 1 Amtsdiener, 1 Portier, 1 Maschinist, 3 Gärtner und Gehilfen, 2 Badewärter, 1 Tischler, 1 Drechsler, 1 Schneider, 1 Schuster, 2 Näherinnen, 2 Maurer und Gehilfen, 2 Maler und Anstreicher, 3 Schlosser und Gehilfen, 1 Klampferer, 1 Köchin, 3 Küchenmädchen, 4 Heizer und Kohlenträger, 1 Nachtwächter, 3 Hausknechte, zusammen 36 Personen.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, Stuttgart.

(Fortsetzung.)

M. Pappenheim (Heidelberg-Reichenhall): Über Dipsomanie.

Pappenheim erörtert im einleitenden Teile seines Vortrages in großen Umrissen den jetzigen Stand der Epilepsiefrage und charakterisiert die divergierenden Bestrebungen in der Umgrenzung dieser Krankheit. Während ein Teil der Autoren ihr Gebiet immer weiter auszudehnen versuchte, indem sie die Endogenität periodischer Störungen als ihr Hauptkriterium ansprachen, bemühten sich andere Forscher, ihre Grenzen immer enger zu ziehen, wobei ihnen der Ausgang in Demenz als wichtigstes differentialdiagnostisches Merkmal der Epilepsie vorschwebte.

P. steht auf dem schon 1902 von Hoche vertretenen Standpunkte, daß die Epilepsie als organischer Hirnprozeß von den Psychopathien prinzipiell zu trennen sei, und sucht darzulegen, daß es nicht sehr plausibel sei, allen endogenen periodischen Störungen — z. B. den Stimmungsschwankungen — die gleiche ursächliche Noxe unterzulegen wie der fortschreitenden epileptischen Demenz. Allerdings kann eine solche Voraussetzung, die allein die weite Fassung des Epilepsiebegriffs rechtfertigt, nicht zwingend widerlegt, muß vielmehr als konsequent anerkannt werden.

Praktisch erscheint es dem Vortr. allerdings zweckmäßig — mag man die eine oder die andere theoretische Auffassung haben —, die Bezeichnung Epilepsie für die eingeengte Gruppe zu reservieren, deren Kriterien zwar keineswegs feststehen, deren Umgrenzung aber für die Anhänger beider entgegengesetzten Anschauungen gleichermaßen bedeutsam ist.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch ein genaues Studium verblödeter und nicht verblödeter Krampfkranken sowie durch eine systematische Untersuchung aller jener Symptome, die bisher sonst als mehr oder weniger charakteristisch für die Epilepsie galten. Durch Arbeiten von Bratz, Oppenheim, Heilbronner, Friedmann, Raecke u. a. wurde in dieser Richtung schon manches geleistet.

P. hat, soweit dies möglich war, die von Gaupp in seiner Monographie über die Dipsomanie veröffentlichten Fälle nachuntersucht, durch welche dieser Autor seine Auffassung zu begründen versuchte, daß alle Fälle von Dipsomanie zur Epilepsie zu rechnen seien. Dieser Ansicht wurde, wenn auch nicht in ihrer Ausschließlichkeit, so doch für viele Fälle von den meisten maßgebenden Forschern zugestimmt.

Bei 11 der 13 Fälle Gaupps war es möglich, die weiteren Geschicke zu verfolgen. Von diesen starben zwei im Alter von 51 und 73 Jahren, von den übrigen haben sieben das 50., von diesen wieder drei das 65. Lebensjahr überschritten — eine rein äußerliche Tatsache, die mit der gelegentlich von Gaupp erwähnten Erfahrung, daß nur 3% der Epileptiker das 50. Jahr erreichen, nicht übereinstimmt.

Von den elf Kranken ist keiner epileptisch verblödet, keiner hat typische periodische Krampfanfälle gezeigt. Im Gegensatz zur Ansicht Gaupps, daß das Leiden ein progredientes sei, ist bei den meisten Kranken im Laufe der Jahre eine Besserung eingetreten.

Bei zwei Fällen ist die Annahme einer genuinen Epilepsie nicht mit Sicherheit auszuschließen; differentialdiagnostisch kommt in dem einen Falle eine Affektepilepsie, in dem anderen eine enzephalitische Epilepsie in Betracht.

Alle anderen Fälle sind nach der Ansicht des Vortr. zweifellos Psychopathen, und zwar sehr verschiedene Typen, unter denen man — schematisierend — zwei Grenztypen aufstellen kann; einen reizbaren, brutalen, zu Gewalttätigkeiten neigenden, epileptoiden und einen weichmütigen, empfindlichen, beeinflußbaren Typus mit geringem Selbstvertrauen — Wilmanns konstitutionelle Stimmungslabilität.

Der klassische dipsomanische Anfall kommt vornehmlich auf Grund der traurigen, selbstunzufriedenen Verstimmung des ersten Typus vor und ist meist mit poriomanischen Zügen verknüpft. Die Kranken verhalten sich in den Anfällen meist geordnet und haben keine schwereren Amnesien. Der andere Typus zeigt oft reizbare Verstimmungen und ist vielfach durch Alkoholintoleranz charakterisiert; es kommt oft zu pathologischen Räuschen mit Amnesie.

Nach der Ansicht des Vortr. ist die Dipsomanie bei echten Epileptikern viel seltener, als allgemein angenommen wird — eine Erkenntnis, durch die Gaupps großes Verdienst um die vortreffliche symptomatologische Schilderung dieser Zustände in keiner Weise geschmälert wird.

Buder-Winnental: Unsere Stellung zu der Organisation des Krankenpflegepersonals.

Unter dem Pflegepersonal der Irrenanstalten machen sich in neuerer Zeit Organisationbestrebungen geltend, denen gegenüber wir Stellung zu nehmen haben. Voraussetzung für eine Organisation ist, daß das Pflegepersonal der Irrenanstalten ein Berufspflegepersonal ist. Die Mehrzahl der Irrenärzte steht heute wohl auf dem Standpunkt, daß ein Berufspersonal notwendig ist, wenn die Anstalten mit erfahrenem und zuverlässigem Personal versorgt sein sollen. Dem Einwand, daß der Irrenpfleger sich vorzeitig verbrauche, daher nicht zum Berufspfleger tauge, ist dadurch zu begegnen, daß diese vorzeitige Abnutzung durch entsprechende Regelung des Dienstes verhütet wird. Es ist also, wenigstens teilweise, ein Berufspersonal anzustreben. Nachdem der Krankenpflegeberuf durch den Beschluß des Bundesrats vom 22. März 1906 betr. die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen auch staatlich als ein eigentlicher Beruf anerkannt worden ist, wird man dem Krankenpflegepersonal und implicite dem Irrenpflegepersonal die innere Berechtigung zur beruflichen Organisation nicht absprechen dürfen. — Neben lokalen Organisationen ohne allgemeine Bedeutung gibt es eine Anzahl allgemeiner Berufsorganisationen unter dem Krankenpflegepersonal, von denen uns am meisten der deutsche Verband der Krankenpfleger und -pflegerinnen interessiert, weil dieser Verband an den Irrenanstalten Eingang gefunden hat. Die Erfahrungen, die mit der Organisation des Pflegepersonals gemacht wurden, werden verschieden sein, je nach den im Verband maßgebenden Personen, je nach der regionären Verschiedenheit der Irrenanstalten. Schattenseiten der Organisationsbestrebungen sind Forderungen nach Gleichstellung des Personals an den einzelnen Irrenanstalten, Erweckung von Unzufriedenheit und Zwietracht unter dem Personal, Erschwerung der gleichmäßigen Behandlung des Personals. Vortragender selbst hat keine schlechten Erfahrungen gemacht: besserer Ton unter dem Personal durch eine gewisse Hebung des Standesbewußtseins, guter Einfluß der älteren Wärter auf die jüngeren, dadurch gelegentlich leichtere Regelung von dienstlichen Schwierigkeiten. Große Vorsicht in der Behandlung des organisierten und nichtorganisierten Personals ist geboten. Die Stellung gegenüber den Organisationsbestrebungen wird verschieden sein, je nach den Verhältnissen, nach den gemachten Erfahrungen, nach der Ansicht des einzelnen. Es erscheint aber weder richtig noch opportun, sich von vornherein in einen Gegensatz zur Organisation zu stellen oder sie einfach zu ignorieren; man wird immer mehr mit ihr rechnen müssen, und nur dann wird es möglich sein, sich den notwendigen Einfluß auf die Organisation zu sichern, die ein ersprießliches Zusammenwirken aller Kräfte der Anstalt gewährleistet. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Zu dem in Nr. 11, pag. 105 unter der Überschrift **„Rechtsschutz und Irrenhaus“** aus der Tagespresse berichteten Fall teilt Herr Dr. von der Helm, Leiter und Besitzer der Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich bei Bonn mit, „daß es sich um einen Kranken handelt, der im vorigen Herbste durch Vermittlung des deutschen Konsulates von Budapest nach Berlin gebracht wurde, dort in die Maison de santé in Schöneberg und später nach Ahrweiler kam, von wo er Ende März d. Js. nach Endenich übersiedelte, nachdem sich inzwischen eine Remission angebahnt hatte, die in Endenich noch weitere Fortschritte machte.

Der Vormund des Kranken untersagte den Besuch des Rechtsanwaltes Ehrenfried nur deshalb, weil er verlangte, daß Ehrenfried sich zunächst mit ihm (dem Vormunde) und dem bisherigen Rechtsanwalte des Kranken, der ihn übrigens auch weiterhin noch vertritt, in Verbindung setzen sollte. Der Vormund tat dies in Übereinstimmung mit dem bisherigen Rechtsanwalte und mit dem Vormundschaftsrichter.

Daß der Kranke übrigens, abgesehen von seinem bisherigen Rechtsanwalte, einem langjährigen Duzfreunde des Kranken, auch sonst nicht ohne Rechtsschutz war, geht daraus hervor, daß zu dem gerichtlichen Entmündigungstermin der Vormundschaftsrichter und der erste Staatsanwalt von ihrem auswärtigen Amtssitze eigens nach Bonn kamen.

Weiterhin war schon lange, ehe Rechtsanwalt Ehrenfried den Kranken besuchte, bestimmt in Aussicht genommen, daß der Kranke entlassen werden sollte, sobald der gerichtliche Termin stattgefunden hätte, und tatsächlich ist der Kranke auch unmittelbar nach der Beendigung des Termins entlassen worden. Die Entlassung ist also ganz und gar nicht auf die Einwirkung Ehrenfrieds hin erfolgt, vielmehr wünschte dieser dringend, daß der gerichtliche Termin noch einige Wochen hinausgeschoben werden solle, damit der Kranke sich noch weiter erholen könne, ehe er vor Gericht erscheine. Wenn es also nach dem Wunsche Ehrenfrieds gegangen wäre, wäre die Entlassung des Kranken vielleicht noch hinausgeschoben worden, besonders da der Kranke sich damit einverstanden erklärt hatte, bis nach dem gerichtlichen Termin in der Anstalt zu bleiben.

In der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. d. Mts. habe ich übrigens über die Angelegenheit ausführlich berichtet.“

Außerdem teilt Herr Dr. von der Helm nachträglich noch mit, daß der Vormund des betreffenden Kranken gegen die einstweilige Verfügung des Bonner

Amtsgerichts beim Bonner Landgericht Beschwerde erhoben, und daß das Bonner Landgericht den **Beschluß des Amtsgerichts aufgehoben und den Antrag des Rechtsanwalts Ehrenfried in Berlin auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung kostenpflichtig zurückgewiesen** hat. Der Beschluß hat folgenden Wortlaut:

„In Sachen betr. die Vormundschaft über den N. N., zurzeit in Bonn in der Anstalt des Dr. von der Helm, Vormund: X. Y. in Z., hat die 3. Zivilkammer des Königl. Landgerichts in Bonn auf die Beschwerde des X. Y. in Z. gegen den Beschluß des Königl. Amtsgerichts in Bonn vom 11. April 1911 in der Erwägung, daß es sich nicht um einen der Entscheidung im Prozesse unterliegenden Anspruch oder ein streitiges Rechtsverhältnis, sondern eine Angelegenheit der Vormundschaft handelt, daher für eine einstweilige Verfügung kein Raum ist, beschlossen: Der Beschluß des Amtsgerichts in Bonn vom 11. April 1911 wird aufgehoben; der Antrag des Rechtsanwalts Ehrenfried in Berlin, Potsdamerstraße 39, vom 11. April 1911 auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung wird kostenpflichtig zurückgewiesen.

Bonn, den 24. April 1911."

(Unterschriften.)

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Elektrizitäts-Gesellschaft Haas & Stahl, Aue in Sachsen betr. Elektrische Bleichanlagen bei, worauf wir unsere Leser besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 14. 1. Juli 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Sonnenstein. Zur Hundertjahrfeier, 4 Juli 1811—4. Juli 1911. (S. 127.) — Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart. Referent Hugo Levi, Stuttgart. (Schluß.) (S. 133.) — Mitteilungen (S. 135): Entweichung krimineller Geisteskranker. Mendel-Monument. Lohnordnung für das Oberpflege- und Pflegepersonal in den Irrenanstalten der Stadt Berlin. — Referate (S. 136). — Personalnachrichten (S. 137). — Therapeutisches (S. 137): Adalin.

SONNENSTEIN.

Zur Hundertjahrfeier. •• 4. Juli 1811 — 4. Juli 1911.

Aus Anlaß der seltenen Feier führen wir nachstehend die ehrwürdige Stätte hundertjährigen segensreichen Wirkens vor das Auge des Lesers, wie sie Herr Kgl. Geheimer Rat, Ober-Med.-Rat Dr. Weber, der im vorigen Jahre in den Ruhestand getretene langjährige Leiter der Anstalt, in: Deutsche Heil- und Pflege-Anstalten für Psychischkranke in Wort und Bild beschrieben hat.

Möge der in so vielen, stets bewährt befundenen, edlen Traditionen wurzelnde Geist des ärztlichen Forschens, Heilens und Helfens, wie er auch gegenwärtig auf dem Sonnenstein lebendig und rege tätig ist, nicht minder bei allen, welche die Zukunft in den Dienst der Anstalt stellen wird, Herz und Sinn leiten zum Wohle der ihrer Obhut anvertrauten Kranken.

Möge der Sonnenstein, wie seit 100 Jahren, so bis in die fernsten Zeiten ins Land ragen als Wahrzeichen felsenfester Pflichterfüllung und unerschütterlichen Gottvertrauens, als treuer Hort für alle, die an Geist und Seele leidend da droben Schutz und Heilung suchen.

Bis zum Jahre 1811 waren die Geisteskranken der sächsischen Lande in den Anstalten zu Waldheim und Torgau untergebracht, in beiden Anstalten zusammen mit Armen und Waisen, in der ersteren Anstalt auch mit Strafgefangenen, und zwar fast nur zu ihrer Sicherung und Versorgung. Erst im Jahre 1805 drang die damalige „Kommission für die Landes-Straf- und Versorgungsanstalten" auf die baldmöglichst zu bewirkende Trennung der Versorgungsanstalten von den Strafanstalten, und nachdem die in Torgau unternommenen Festungsbauten die Notwendigkeiten ergeben hatten, die dort verpflegten Geisteskranken anderswo unterzubringen, und zugleich von dem trefflichen Arzt der Waldheimer Anstalt Dr. Hayner die Trennung der heilbaren von den ganz unheilbaren, verblödeten Kranken verlangt worden war, wurde 1810 für die Errichtung einer neuen Anstalt, für welche die Heilung der Kranken als erster und höchster Zweck gelten sollte, das Schloß Sonnenstein auf Grund eines von Dr. Hayner nach Besichtigung des Schlosses erstatteten Berichts in Vorschlag gebracht, und dem hochverdienten, von Tatkraft und humaner Gesinnung beseelten Konferenzminister v. Nostitz und Jänckendorf gelang es, zu erreichen, daß durch Königl. Reskript vom 6. Februar 1811 das Schloß der Kommission zu dem gedachten Zwecke überwiesen wurde.

Man wird sich fragen, warum für die Krankenbehandlung das Schloß Sonnenstein gewählt worden ist, das bis zum Jahre 1758 als Landesfestung gedient hatte und sich nach heutigen Begriffen nur wenig zu dem oben gedachten Zwecke eignete. Das verkannte der Minister v. Nostitz auch keineswegs; vielmehr hatte er weit vorausschauenden Blicks schon damals in scharfen Umrissen das Bild der modernen, auf ausgedehntem, parkähnlichem Terrain in vielen zerstreuten villenartigen Einzel-Häusern sich aufbauenden Anstalt gezeichnet und solche Anlage für allein zweckmäßig erklärt. Der Not, d. h. dem damals chronischen Geldmangel gehorchend, ist er auf einen Neubau nicht zugekommen, sondern hat Sonnenstein gewählt, mit besonderer Rücksicht auf

dessen schöne Lage, die gesunde Luft, die Nähe der Stadt Pirna, die leichte Erreichbarkeit der Residenz. „Zur Unterbringung der Kranken", schreibt ein zeitgenössischer Schriftsteller, „ist das Schloß Sonnenstein ausersehen, gelegen in dem reizendsten Tale von Sachsen, auf einer Anhöhe, die die ganze umliegende Gegend beherrscht; hier wo überall Fruchtbarkeit waltet, wo das eilige Zuströmen der Bäche aus den umliegenden Gebirgen in die vorbeifließende Elbe nie stehende Gewässer duldet und einen freien Luft-

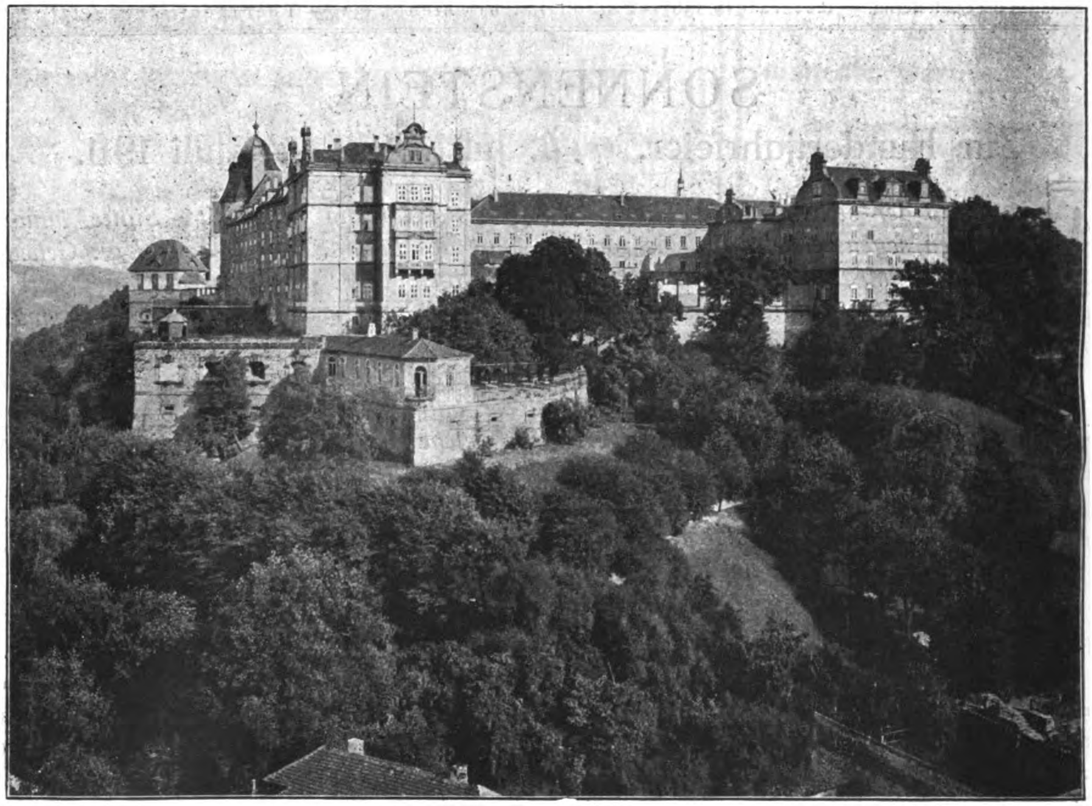


Abb. 1. Sonnenstein, von Westen.

zug unterhält, wo von den nahen felsigen Hügeln die reine, frische Gebirgsluft und aus dem schönen Elbtale der zeitige Frühling erfreut, wo epidemisch kontagiöse Krankheiten mit bösem Charakter eine Seltenheit und endemische kaum dem Namen nach gekannt sind, hier also, wo dem finsteren Gemüte die lachendsten Umgebungen und der beengten Brust aus den anmutigen Fernen die freieste und reinste Luft gegeben sind."

Das Schloß Sonnenstein, das am 6. Februar 1811 der Kommission überwiesen und am 8. Juli desselben Jahres als Irrenanstalt eröffnet wurde, bestand damals aus vier zum Teil miteinander verbundenen Gebäuden: der neuen Kaserne, der alten Kaserne, dem Arrestantengebäude (das den Abschluß der neuen, später Elbflügel genannten Kaserne nach Westen zu bildende turmartige Gebäude) und dem Kommandantengebäude. Diese Gebäude wurden zu dem vorliegenden Zwecke so gut als möglcih baulich adaptiert, und es galt nicht nur in Deutschland sondern auch über dessen Grenzen hinaus die Anstalt Sonnenstein bald in gewissem Sinne als Musteranstalt, nicht sowohl jedenfalls wegen ihrer baulichen Einrichtung, sondern wegen des in ihr waltenden humanen Geistes und ihres lediglich die Heilung der Kranken verfolgenden Zweckes.

Zu den obengenannten Gebäuden kam noch die durch Überbauung der östlichsten Bastion hergestellte Anstaltskirche, die am 29. November 1812 eingeweiht wurde.

Die ersprießliche Entwicklung der Anstalt wurde leider sehr bald gestört durch die Kriegsereignisse des Jahres 1813. Bekannt und berüchtigt genug ist das harte Wort Napoleons: „Que l'on chasse ces fous", mit dem er am 14. September 1813 sämtliche Kranke samt den Beamten aus dem Asyl vertrieb und sie namentlich durch die rücksichtslose und barbarische Art, mit der seine Befehle ausgeführt

wurden, den größten Unbilden aussetzte. Am 23. Oktober 1813 wurde die Anstalt der Kommission von den österreichischen Truppen zurückgegeben, aber in einem durchaus ruinierten Zustande, zum Teil der Dächer beraubt, von allen Vorräten entblößt. Im Februar 1814 konnte nach relativ kostspieligen Erneuerungsarbeiten ein Teil der Verpflegten zurückkehren — sie waren größtenteils inzwischen in der Anstalt Waldheim untergebracht worden —, und erst 1816 konnte die Anstalt wieder voll besetzt und am 2. November 1817 die wiederhergestellte Kirche eingeweiht werden.

Platzmangels willen, dann aber auch dem Umstande gegenüber, daß inzwischen in anderen deutschen Ländern, in denen bisher wenig oder nichts für die rationelle Irrenpflege getan worden war, zum Bau ganz neuer, für ihren speziellen Zweck von vornherein geplanter Anstalten geschritten worden war. Der Sonnenstein konnte unmöglich mehr in seinem alten Zustande bleiben, und es war nun die Frage, ob ein allmählicher Umbau der alten Anstalt erfolgen, oder ob unter Verwendung derselben zu anderen Zwecken eine neue Irrenanstalt an anderer Stelle errichtet werden sollte.

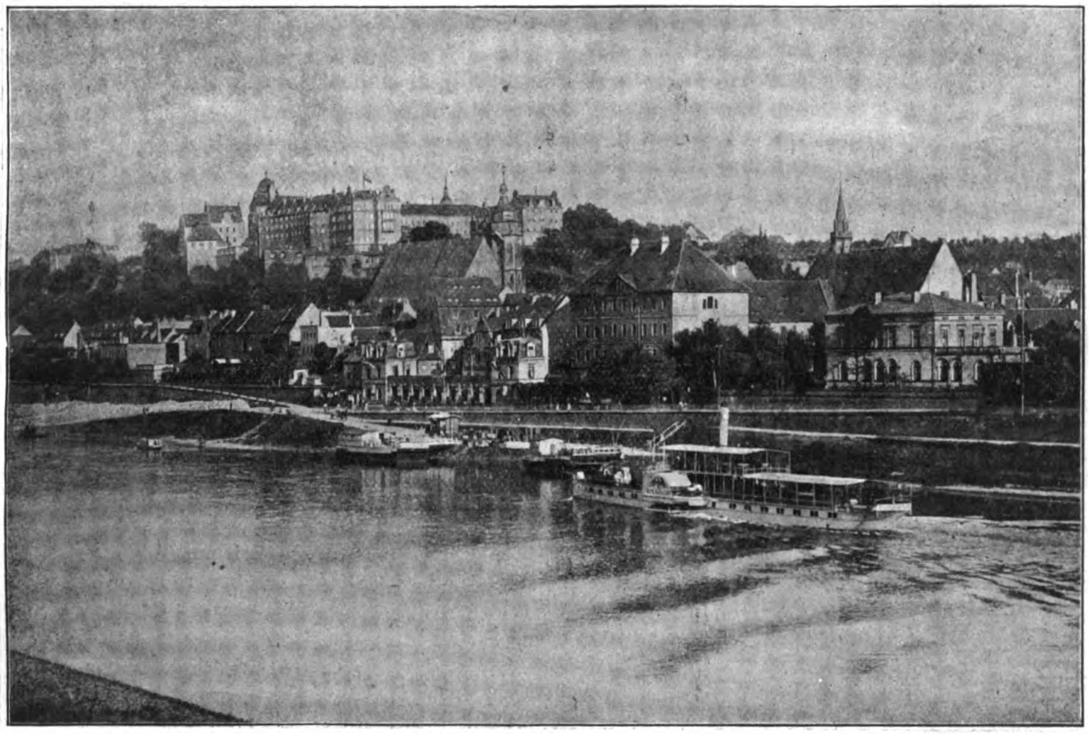


Abb. 2. Sonnenstein, von der Elbe aus gesehen.

Von da ab ist bis zum Jahre 1855, in welchem Zeitraum Dr. Pienitz bis 1851 die Direktion geführt hatte und dann von Dr. Lessing abgelöst war, die Anstalt Sonnenstein in ihrer äußeren Gestaltung fast unverändert geblieben, abgesehen davon, daß 1825 am Fuße des Berges vor dem damaligen Obertor ein Gebäude für Rekonvaleszenten beiderlei Geschlechts, die sog. Genesungsanstalt, erbaut und im Juli 1826 eröffnet worden war. Man hatte sich in einer der Neuzeit fast fremdgewordenen Anspruchslosigkeit bei den gebotenen dürftigen äußeren Mitteln beschieden und damit auch Segensreiches geleistet; nun aber machte sich doch eine Änderung baulicher Verhältnisse dringend notwendig. Einmal um des steigenden

Nicht zum Besten der Entwicklung des Irrenwesens in Sachsen wurde aus mannigfachen Rücksichten — es spielte dabei auch die historische Bedeutung des Sonnensteins als Irrenanstalt eine Rolle — der erstere Weg gewählt. Seitdem, als seit über 50 Jahren, ist die Anstalt aus dem Bauen nicht herausgekommen und erst 1908 zu einem gewissen Abschlusse mit ihrer Umgestaltung gelangt.

1855 wurde zunächst ein Wirtschaftsgebäude mit Küche, Waschanstalt usw. quer über den Wallgraben errichtet, das Kommandantenhaus mit der alten Kaserne verbindend. Dann wurde 1859 das für die Unterbringung der weiblichen Kranken ganz unzulängliche Kommandantenhaus durch Anschließung

zweier Flügel zu einem umfangreichen Frauenhause erweitert und nach einer kurzen Unterbrechung der Bautätigkeit 1866 das alte, turmartige „Arrestantengebäude", weil es ganz baufällig geworden war, eingerissen und an seiner Stelle das jetzt vorhandene Verwaltungsgebäude errichtet. Sodann folgte 1870 der Um- bezw. Neubau des Kommandantenhauses und seine organische Verbindung mit den 1859 erbauten Flügeln. Als nach dem deutsch-französischen Krieg die Pocken sich verbreiteten und auch die hiesige Anstalt von einer schweren Pocken-Epidemie der Irrenanstalt" proklamieren zu können glaubte. Die Durchführung einer solchen Proklamation war natürlich in der alten Anstalt Sonnenstein ausgeschlossen. Dem Gedanken derselben wurde aber doch insofern Rechnung getragen, als 1885 im Interesse der landwirtschaftlich zu beschäftigenden und zu freierer Verpflegungsform geeigneten Kranken im benachbarten Cunnersdorf eine Meierei und 1888 im Kammergut Jessen eine Außenabteilung mit Gärten und Feldern für chronische geistesschwache Kranke eingerichtet wurde.

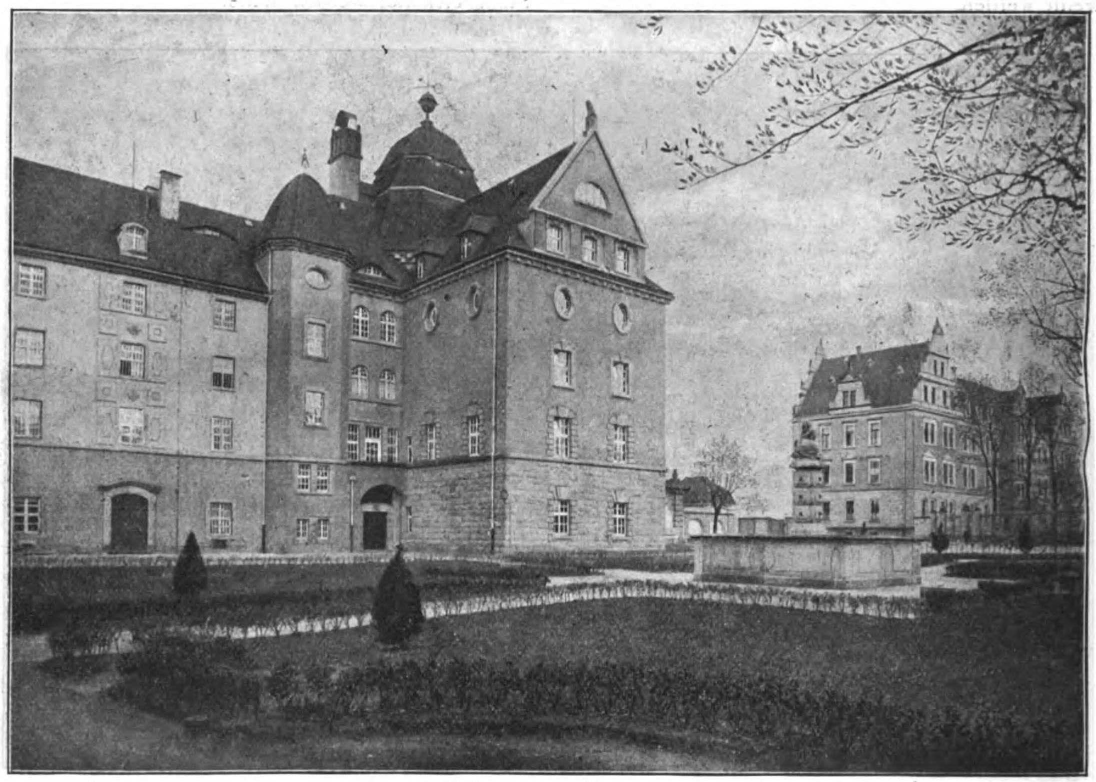


Abb. 3. Innere Männerabteilung.

heimgesucht wurde, sah man sich veranlaßt, im großen parkartigen, bisher von Gebäuden ganz freien Männergarten ein Haus für ansteckende Krankheiten zu planen. Da aber die Pockengefahr bald schwand, wurde dieses Gebäude als Station für gebildetere Kranke III. Klasse ausgebaut und 1875 bezogen, und 1883, in welchem Jahre Dr. Weber die Direktion übernahm, erfolgte die Errichtung eines weiteren Hauses für Verpflegte III. Klasse, die in Garten und Feld zu beschäftigen waren, in nächster Nachbarschaft des vorigen. — Nun kam die Zeit, in der man das Heil für die Geisteskranken fast ausschließlich in umfassender landwirtschaftlicher Beschäftigung zu finden und die Devise: „das große Rittergut der Mittelpunkt

Die etwas einseitige Beschäftigung mit der Landwirtschaft als Heilmittel mußte indessen bald aus manchen hier nicht zu erörternden Gründen eine Einschränkung erfahren, und namentlich mit Rücksicht auf die Art der akuten psychischen Erkrankungen bei den zugeführten Patienten zum nicht geringen Teil einer mehr klinischen Behandlung der Kranken, ausgedehnter Bettruhe, diätetischen und hydropathischen Maßnahmen, Dauerbädern usw. weichen. Hierzu machte sich die Errichtung von Gebäuden mit mehr oder weniger großen Wachsälen und entsprechenden Nebenräumen, Einrichtungen für Dauerbäder usw., spezieller Anlagen für wegen Selbstmordneigung überwachungsbedürftige Kranke nötig, und

wurden daher 1890 zwei derartige Häuser für Männer und 1894 zwei für Frauen gebaut. Auch das genügte den Bedürfnissen noch nicht und 1901 wurde ein neues stattliches, unmittelbar am Abhang nach der Elbe zu gelegenes Gebäude mit großen Wachsälen bezogen, das speziell zur Unterbringung unruhiger und sorgfältigster körperlicher Pflege bedürftiger paralytischer und katatonischer, sowie in besonderem Grade unsozialer Kranker errichtet worden ist.

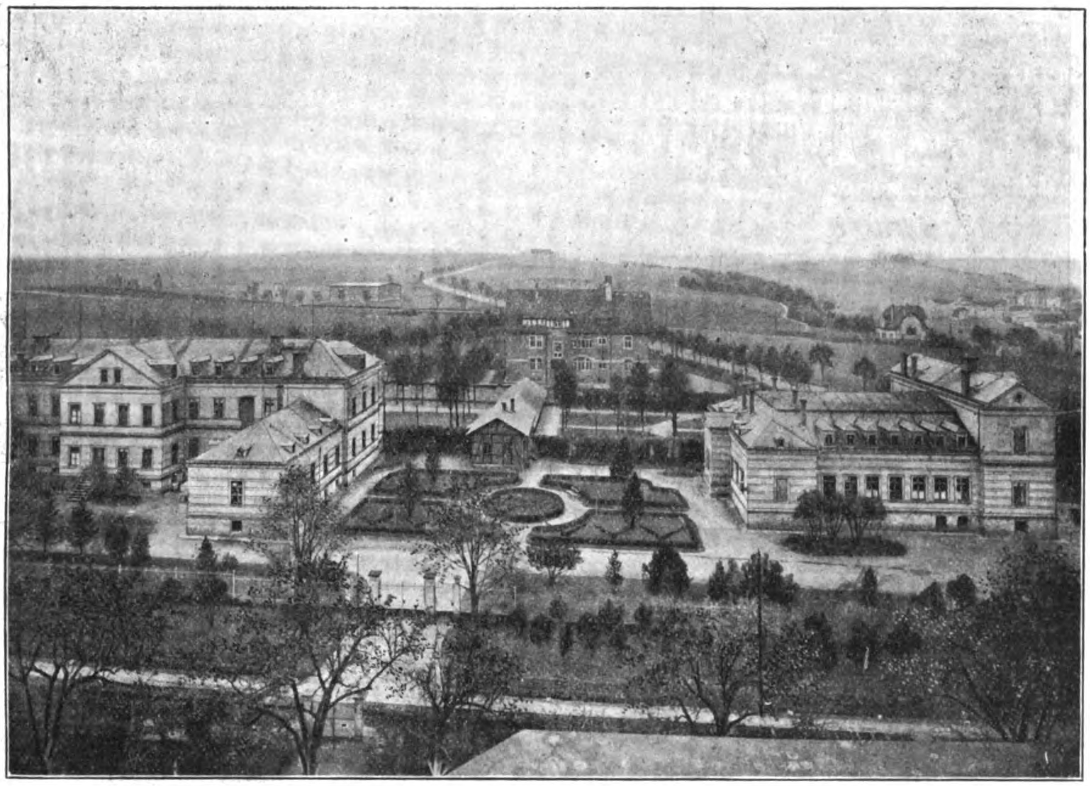


Abb. 4. Äußere Frauenabteilung.

Nun konnte man endlich daran denken, den für den Zweck der Krankenpflege ganz unbrauchbaren Rundflügel („alte Kaserne") und das den „Elbflügel" nach Osten abschließende Turmgebäude zu beseitigen, den engen, einen gefängnisartigen Eindruck machenden Hof zu öffnen und neben Aussicht auf die Parkanlagen Luft und Licht einströmen zu lassen. Zu diesem Zwecke wurde zunächst die auf der östlichen, baulich nicht mehr genügend sicheren Bastion stehende alte Kirche niedergerissen und zum Ersatz für sie im großen Garten, aus dem die Gemüsebeete entfernt wurden, eine neue schmucke Kirche errichtet, die am Reformationsfest 1902 eingeweiht wurde. Sodann wurde zum Ersatz für den Rundflügel gleichfalls im großen Männergarten in gleicher Front mit dem Elbflügel ein neues nach außen hin gefällig sich präsentierendes und innerlich behaglich und freundlich eingerichtetes Krankengebäude für überwachungsbedürftige und unruhige Patienten der höheren Verpflegungsklassen hergestellt und im April 1905 bezogen, im selben Jahre auch der Abbruch des Rundflügels und des Turmbaues bewerkstelligt. Alsbald wurde weiter mit dem Neubau des Kopfhauses am Elbflügel begonnen, das sich jetzt mit seinem hohen turmartigen Dach charakteristisch hervorhebt und u. a. das Zentralbad, Schul- und Bibliothekszimmer, Billardzimmer, Speisesaal enthält und im dritten und vierten Obergeschoß zu einem Festsaal ausgebaut ist, während im Dachgeschoß die großen Wasserbehälter für die Ringwasserleitung (mit durchgängiger Einrichtung von Wasserklosetts) untergebracht sind. Östlich von diesem Gebäude ist weiter ein großes Dampfkesselhaus nebst Kohlenkeller errichtet worden, dessen Gründungsarbeiten zufolge der Lage am Felsenabfall sich äußerst schwierig gestalteten und dessen vier Dampfkessel zum Heraufpumpen des Wassers in die Hochbehälter, zur neueingerichteten Zentralheizung des älteren Teils der Anstalt (die früheren Neubauten hatten bereits Zentralheizung), zum Küchenbetriebe, zum Wäschereibetriebe dienen. Endlich wurde im

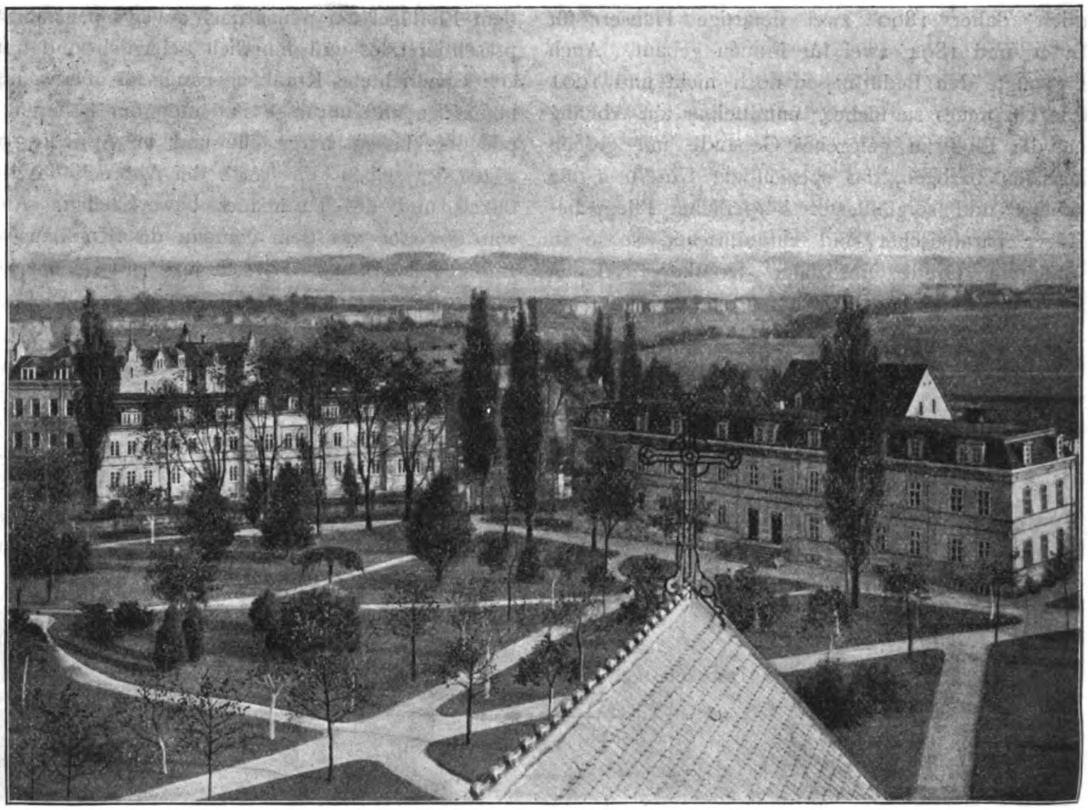


Abb. 5. Äußere Männerabteilung.

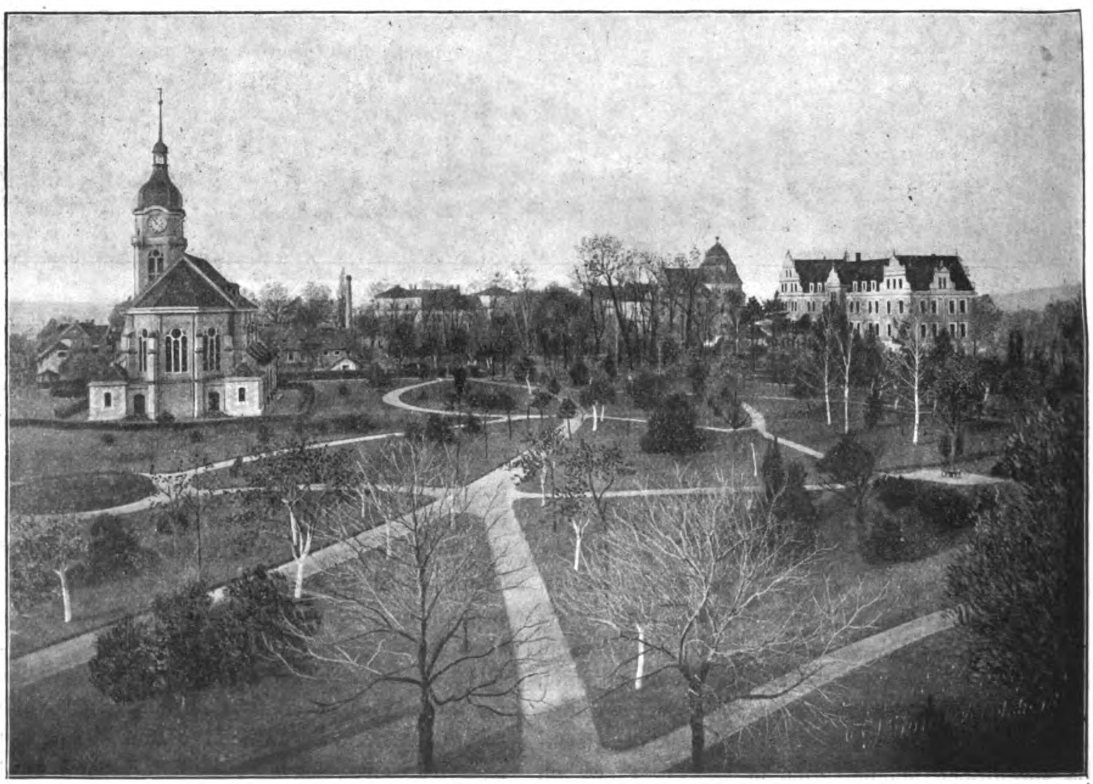


Abb. 6. Anstaltskirche mit Männergarten.

Oktober 1906 an der Königsteiner Straße der Bau eines villenartig angelegten und elegant ausgestatteten Hauses für 20 bis 24 unruhige und spezieller Überwachung bedürftige Damen der oberen Verpflegsklassen begonnen und dieses Haus im Juli 1908 bezogen.

Überdies ist im Verlauf des letzten Jahrzehntes eine Anzahl kleinerer Gebäude errichtet worden, so eine Parentationshalle und ein pathologisches Laboratorium, eine Dampfwäscherei, ein Pflegerheim, ein Pferdestall nebst Remise, eine Gärtnerwohnung, schließlich ein Pavillon an Stelle der alten Kirche, so daß von Süden her gesehen die Anstalt sich jetzt wie eine kleine Stadt ausnimmt, deren zahlreiche Gebäude ohne weiteres erkennen lassen, um wieviel bequemer und freundlicher die Patienten gegenwärtig untergebracht sind, als in der Zeit vor dem Umbau der Anstalt; denn wenn damals in den wenigen oben angeführten, zusammengedrängten Häusern 250 bis 300 Kranke untergebracht werden mußten, so wohnen jetzt trotz der Errichtung so zahlreicher neuer Gebäude (wenn man die ca. 100 Insassen der Außenabteilungen von der Gesamtzahl der Verpflegten abrechnet) nicht mehr als etwa 540 Kranke in der Hauptanstalt.

Der Aufnahmebezirk der Anstalt umfaßt die Amtshauptmannschaften Pirna, Dippoldiswalde, Freiberg, Dresden-Altstadt, Dresden-Neustadt und die Stadt Dresden ohne Neustadt.

Krankenbestand Anfang 1909: 620 (330 m. 290 w.), zugegangen im Jahre 1909 138 (68 m. 70 w.), abgegangen als genesen und gebessert 88 (45 m. 34 w.), gestorben 31 (17 m. 14 w.), Krankenbestand Ende 1909 647 (335 m. 312 w.).

Außer dem Direktor wirken an der Anstalt:

6 Ärzte (3 Oberärzte und 3 Anstaltsärzte bez. Hilfsärzte), 1 Anstaltspfarrer und 1 Katechet (Lehrer), 8 Bureau- und Wirtschaftsbeamte und 1 Maschinenschreiberin, 4 Oberpfleger und 4 Oberpflegerinnen, 68 Pfleger und 7 Hilfspfleger, 42 Pflegerinnen, 7 Hilfspflegerinnen und 16 Hilfswärterinnen.

Überdies eine entsprechende Anzahl von Hausdienstbeamten, die zum Teil der Pflegerschaft entnommen sind.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart.

Referent: *Hugo Levi*, Stuttgart.

(Schluß.)

Kleist (Erlangen): Über Störungen der Rede bei Geisteskranken.

Zusammenfassung:

1. Unter „Störungen der Rede" versteht der Vortr. Störungen im sprachlichen Ausdruck, bei denen die Fähigkeit beeinträchtigt ist, solche Vorstellungen und Gedanken zum richtigen sprachlichen Ausdruck zu bringen, die nicht durch Einzelworte, sondern durch die Zusammenstellung mehrerer Worte und die Biegung der Worte sprachlich wiedergegeben werden. Im Gegensatze zur Störung der Wortfindung handelt es sich um Störungen der „Ausdrucksfindung".

2. Untersuchungen an „sprachverwirrten" Kranken zeigten, daß es „Störungen der Rede" gibt, die sowohl von Denkstörungen und inhaltlicher Verwirrtheit, wie von Störungen der Wortfindung und anderen aphasischen Symptomen unabhängig sind.

3. Die Störung der Ausdrucksfindung erscheint in zwei Gestalten:

Sie geht entweder einher mit einer mehr oder weniger weitgehenden Ausdrucksvereinfachung, die ihren höchsten Grad im Agrammatismus findet. Oder sie ist begleitet von einer Ausdrucksbereicherung; d. h statt eines treffenden Ausdrucks drängen sich dem Kranken mehrere, gewöhnlich ungenaue oder falsche Wendungen auf, die sehr oft miteinander kontaminiert werden.

Durch das Zusammenwirken von vereinfachender und mehrleistender Störung der Ausdrucksfindung entsteht eine besondere Art von Wortneubildungen, genauer von neugebildeten Wortzusammensetzungen.

4. Die Verschiedenartigkeit der Zustandsbilder der Redegestörtheit erklärt sich aus dem von Fall zu Fall wechselnden Verhältnis, in dem sich die vereinfachende und mehrleistende Störung der Ausdrucksfindung miteinander mischen.

Es gibt Fälle, in denen je eine der beiden Arten der Störung sehr beträchtlich überwiegt. Vortr. stellt die sprachlichen Produktionen eines Kranken mit fast isoliertem Agrammatismus denen eines Kranken gegenüber, bei dem die hyperproduktive Störung der Ausdrucksfindung vorherrscht.

Fauser-Stuttgart: Aus der Psychologie der Sinnestäuschungen.

Der Vortragende hat sich zum Ziel gesetzt zu zeigen, wie bei der Zusammensetzung und Verbindung der psychopathologischen Gebilde, um die es sich hier handelt, dieselben Funktionen wirksam sind wie bei den Gebilden des normalen Seelenlebens.

Die genetische Erklärung der Sinnestäuschungen hat von der Lehre von den Assoziationsfunktionen und dem Wahrnehmungsvorgange auszugehen.

Der Assoziationsbegriff hat von der neueren

experimentellen Psychologie einesteils eine Erweiterung erfahren durch die Aufstellung resp. Einbeziehung von Gefühls- (neben den Vorstellungs-) und von simultanen Assoziationen, anderenteils (seitens der voluntaristischen Richtung der Psychologie) eine Verengerung durch die Unterscheidung von aktiven Apperzeptions- und von assoziativen Funktionen; bei den Apperzeptionsverbindungen (im Sinne Wundts) geht den zustandekommenden Verbindungen ein Gefühl der Tätigkeit voraus, bei den Assoziationen dagegen schließt sich das Tätigkeitsgefühl, wo es auftritt, erst an bereits gebildete Verbindungen an. In diesem Punkte verhalten sich also die Assoziationen ähnlich wie die unmittelbaren Sinneseindrücke: bei beiden handelt es sich um passive Erlebnisse.

Die normale Sinneswahrnehmung entsteht durch das Zusammenwirken zweier Momente, eines direkten Sinneseindrucks und eines Assoziationsvorgangs, der den direkten Sinneseindruck mit Bestandteilen des erworbenen Bewußtseinsinhalts in Zusammenhang bringt. Auch die Sinnestäuschungen entstehen durch das Zusammenwirken dieser beiden Faktoren, von denen entweder der erste oder der zweite, häufig beide, eine krankhafte Störung darbieten. Der direkte Faktor wird hier im Unterschied zu den normalen Sinneswahrnehmungen nicht bloß durch Vorgänge aus der Außenwelt, sondern kann auch durch krankhafte Vorgänge (Zirkulationsstörungen, toxische Schädigungen, Herderkrankungen etc.) in unsern peripheren oder zentralen Sinnesapparaten erzeugt werden.

Die Sinnestäuschungen, die durch eine auf den direkten Faktor sich beschränkende Erkrankung hervorgerufen werden, sind durch eine gewisse Einfachheit und Einförmigkeit charakterisiert. Die Art der Ergänzung des direkten Sinneseindrucks aus dem vorhandenen Erinnerungsstoff richtet sich hauptsächlich nach den durch die vorhandene Gefühlslage bestimmten assoziativen Tendenzen zwischen direkten und reproduktiven Eindrücken. In dem zustandekommenden Produkt drängen sich ein oder mehrere Elemente mit größerer Kraft zur Aufmerksamkeit, werden zu „dominierenden"; da wo der direkte Faktor der dominierende wird — bei den normalen Sinneswahrnehmungen und bei bestimmten Arten von Sinnestäuschungen —, verleiht er dem zustandekommenden psychischen Gebilde unter anderem den Raumcharakter; wo dagegen der reproduktive Faktor zum dominierenden wird, tritt der sinnliche Charakter, insbesondere die Raumbestimmung, des Gebildes zurück oder fehlt ganz (eventl. „unsinnliche" Halluzinationen).

Jede normale Sinneswahrnehmung ist im Grunde genommen eine auf assoziativem Wege zustandegekommene Sinnestäuschung, die sich von der pathologischen Sinnestäuschung im Prinzip nur dadurch unterscheidet, daß sie einer beständigen Kritik durch die aktive geistige Tätigkeit unterworfen und dadurch vor einer zu starken Ausschweifung geschützt und eventl. einer Korrektur fähig ist. Wir unterscheiden bei der normalen Sinneswahrnehmung die rein assoziativ, d. h. ohne das vorausgehende Gefühl der eigenen Tätigkeit, uns dargebotenen reproduktiven Elemente gar nicht ohne weiteres von den direkten Eindrücken; nur durch vergleichende Beobachtung, durch Analyse und Abstraktion — also durch eine aktiv-apperzeptive Tätigkeit — sind wir imstande, den Inhalt der Wahrnehmung auf die direkten Sinneseindrücke zu reduzieren. Diese regulierende Tätigkeit der aktiven Apperzeption tritt nun bei einem Teil unserer Geisteskranken entweder zeitweise (z. B. bei stärkeren Affekten) oder dauernd zurück (z. B. bei der Dementia praecox): dadurch wird ein entsprechend großer Teil der subjektiven psychischen Prozesse die Bedeutung rein passiver Erlebnisse annehmen und damit dem Charakter äußerer Wahrnehmungen angenähert werden; gleichzeitig fällt die Korrigierbarkeit weg; die Entfernung von der objektiven Wirklichkeit wird stets im Sinne der herrschenden Gefühlslage erfolgen und um so größer sein, wenn noch eine vermehrte Reizbarkeit bestimmter Rindenpartien besteht.

Der eben geschilderte Mechanismus — der das Pathologische hauptsächlich in der reproduktiven Komponente aufsucht — ist nun, wie bereits erwähnt, nicht der einzige, aber er ist — wie an einem Beispiel aus der Dem. praec. gezeigt wird — besonders wichtig, weil er die jeweiligen Sinnestäuschungen in Beziehung bringt zu anderen klinischen Symptomen derselben Krankheitsform und so tiefere Zusammenhänge des psychopathologischen Geschehens aufdeckt.

Bei der Analyse der einzelnen wichtigeren Sinnestäuschungen werden zunächst diejenigen besprochen, bei denen der erste direkte Faktor vorherrscht: die „elementaren Trugwahrnehmungen" und die „Perzeptionsphantasmen". Ihre Entstehung und manche ihrer Eigentümlichkeiten, ihre Gleichförmigkeit, ihr wenig wechselnder Inhalt, ihre Färbung (ängstlich, schreckhaft, humoristisch etc.), der ihnen zukommende Raumcharakter, die Einseitigkeit mancher Gehörstäuschungen, das Mitwandern von Gesichtstäuschungen, ihre eventl. Verdoppelung durch Prismen u. ähnl. werden aus den eben skizzierten allgemeinen Entstehungsbedingungen der Sinnestäuschungen einheitlich zu erklären gesucht.

Bei anderen Formen spielt der reproduktive Faktor die dominierende Rolle, woraus sich wieder gewisse Eigentümlichkeiten ergeben.

Daß Vorstellungen von besonders starker sinnlicher Kraft durch diese Eigenschaft allein schon zu Sinnestäuschungen werden können, ist nicht anzunehmen; es gibt einerseits Sinnestäuschungen — wie auch normale Sinneswahrnehmungen — von nur ganz geringer sinnlicher Deutlichkeit, und andererseits können bei besonderer, namentlich bei künstlerischer Veranlagung gewöhnliche Vorstellungen große sinnliche Kraft besitzen, ohne den Charakter von Sinnestäuschungen zu erlangen: das Gefühl der eigenen Tätigkeit schützt den Künstler vor dem Zustandekommen einer Sinnestäuschung; nur wo die eigene Tätigkeit resp. das Tätigkeitsgefühl unzu-

reichend ist, wird eine solche subjektive Vorstellung zur Sinnestäuschung.

Auch bei den Sinnestäuschungen, bei denen die reproduktiven Elemente die dominierende Rolle spielen, kann eine Raumbeziehung auftreten, wenn neben den reproduktiven Elementen noch deutliche direkte Sinneseindrücke vorhanden sind (z. B. Hören von Worten und Sätzen in einem tatsächlich vorhandenen unbestimmten Geräusch). In anderen Fällen, wo direkte Sinneseindrücke nicht beteiligt sind, werden die Sinnestäuschungen der Raumbeziehung ermangeln und eventl. den Charakter von „inneren Stimmen", „Lautwerden der Gedanken" etc. annehmen.

Die eigenartige Raumbeziehung mancher Sinnestäuschungen, namentlich von Gehörstäuschungen (Verlegung in die Nase, das Herz, den Bauch, eine Extremität etc.) beruht wohl auf einer Wirkung von „Komplikationen", d. h. derjenigen assoziativen Form, bei der es sich — im Unterschied zu den „Assimilationen" — um eine Verbindung der Empfindungen disparater Sinnesgebiete handelt: das eine Sinnesgebiet — eventl. das Gehör — ist maßgebend für die Bestimmung des speziellen Sinnes, der in der entstehenden Sinnestäuschung der herrschende wird, das andere Sinnesgebiet — eventl. äußere und innere Tastempfindungen — für die Raumbestimmung.

Unter die Komplikationsvorgänge gehören auch die sogenannten „Reflexhalluzinationen".

Der „imperative" Charakter der „imperativen Halluzinationen" läßt drei Bestandteile erkennen: 1. die Art des Sinnesgebiets, auf dem sich die Täuschung abspielt (Gehör); 2. als Inhalt einen passiven Willensantrieb; 3. die Richtung, in die dieser Willensantrieb verlegt wird (Einwirkung von außen her). Die Beziehung auf äußere Einwirkungen, auf fremde, übersinnliche Mächte hängt wiederum mit der Einbuße an aktiver Apperzeptionstätigkeit, an aktivem Gefühls- und Willensleben zusammen, die für manche Formen von geistiger Störung charakteristisch ist und bei der Dem. praec. geradezu das Kardinalsymptom darstellt.

In bezug auf anatomische und lokalisatorische Fragen soll im Zusammenhang dieser psychisch-analytischen Untersuchung nicht näher eingegangen werden. Die anatomisch-physiologische Betrachtungsweise muß sich stets gegenwärtig halten, daß sie für zusammengesetzte psychologische Prozesse höchstens die einzelnen physischen Teilstücke aufdecken kann, die den psychischen Teilstücken parallel gehen. So wäre also eine analytische Psychiatrie, die diese psychischen Teilstücke aufdeckt, damit imstande, auch lokalisatorische Hinweise zu liefern. Da und dort haben sich ja auch bei obiger Darstellung von selbst solche Hinweise gezeigt. Eine eingehendere Analyse der einzelnen Sinnestäuschungen, namentlich hinsichtlich der Beteiligung der einzelnen Sinnesgebiete, wird diese Hinweise vermehren und eventl. die Auffindung von Krankheitsherden an den entsprechenden Sinneszentren erleichtern. Bloße Herdsymptome im gewöhnlichen Sinne sind ja die Sinnestäuschungen, jedenfalls die ausgebildeteren Formen, sicher nicht, stets muß hier eine Störung der gesamten psychischen Tätigkeit, namentlich der Gefühls- und inneren Willenstätigkeit, vorliegen. Wer diese Funktionen — also die aktive Apperzeptionstätigkeit — in das Stirnhirn verlegt, wird in jedem Falle von ausgebildeter Sinnestäuschung neben anderen Erkrankungen auch eine Erkrankung des Stirnhirns vermuten müssen. Selbstverständlich muß hier mit der allergrößten Vorsicht und Zurückhaltung vorgegangen werden.

Auf die Aufdeckung tieferer psychologischer Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen innerhalb derselben klinischen Krankheitsformen, die durch eine solche zergliedernde psychologische Tätigkeit ermöglicht wird, wurde bereits oben hingewiesen.

So wäre also eine analytische Psychiatrie wohl imstande, unsere anatomischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse zu erweitern und unser psychologisches Verständnis der Psychosen zu vertiefen und damit der klinischen Psychiatrie eine nicht zu unterschätzende Hilfe zu gewähren.

(Autoreferat.)

Die Zeit war zu weit vorgeschritten, als daß alle angekündigten Vorträge hätten gehalten werden können. Mit Worten des Dankes an das Lokalkomitee schloß der Vorsitzende die Tagung. Abends fand noch eine zwanglose Zusammenkunft im Cannstatter Kursaal statt und am Sonntag erfolgte in getrennten Gruppen die Besichtigung der psychiatrischen Klinik in Tübingen, der Heil- und Pflegeanstalt Winnental und der Heilanstalt von Dr. Krauß in Kennenburg bei Eßlingen.

Mitteilungen.

— Ein lehrreicher Fall von **Entweichung krimineller Geisteskranker** wird im „Verwaltungsbericht der Brandenburgischen Landesirrenanstalt Teupitz" pro 1910 mitgeteilt:

„Es stellte sich heraus, daß ein Stab des Gitters an dem Küchenfenster ganz scharf und glatt durchgesägt und zur Seite gebogen war, wozu ein auf dem Fenstersims gefundenes Küchenhandtuch gedient haben mochte. Unser erster Verdacht war der, daß die Durchsägung des Gitters nur von außen habe erfolgen können, da es uns unmöglich erschien, daß die Kranken selbst eine Säge hätten haben können. Am darauffolgenden Tage erfolgte in dem festen Hause eine Revolte; die Wärter wurden verhöhnt, bedroht, so daß die Rädelsführer isoliert werden mußten. Diese gestanden nun, daß die Entwichenen sich aus einem Stahlbande, das sich in den Wärtermützen befindet, um das Hochstehen des Deckels

zu bewirken, eine Laubsäge gemacht und damit das Gitter durchgesägt hätten; sie gestanden ferner, daß noch mehrere dieser Sägestücke versteckt seien und gaben das Versteck an; dort wurden sie auch gefunden. Es wurde ferner festgestellt, daß die Wärtermützen alle diese Stahlbänder, die ganz außerordentlich hart sind, besitzen, und daß mit Geduld sehr leicht durch Gegeneinanderreiben zweier Bänderstücke eine feine Säge hergestellt werden kann, die so scharf ist, das unser Obermaschinenmeister in 20 Minuten damit den dicksten Gitterstab durchsägen konnte. Die Untersuchung ergab, daß das Stahlband einer alten Wärtermütze entnommen wurde, die sich unter den Tuchlumpen befand, aus denen die Kranken im festen Hause Fausthandschuhe nähten. Es wurden selbstverständlich aus allen Mützen die Stahlbänder entfernt, wobei sich herausstellte, daß in den Mützen der von Eberswalde übernommenen Wärter ganz besonders harter Stahl verwendet worden ist; aus einer Eberswalder Mütze war auch der Draht entnommen worden."

— **Mendel-Monument.** Am 2. Juli 1911 wird in Pankow vor dem Gemeindekrankenhaus das Denkmal für den verstorbenen Geh. Med.-Rat Professor Dr. E. Mendel enthüllt.

— **Lohnordnung für das Oberpflege- und Pflegepersonal in den Irrenanstalten der Stadt Berlin.**

1. Für das Oberpflegepersonal:

	Oberpfleger	Oberpflegerinnen
Anfangslohn	900 M.	800 M.
nach 2 Jahren	1050 „	900 „
„ 4 „	1200 „	1000 „
„ 6 „	1350 „	1100 „
„ 9 „	1500 „	1200 „
„ 12 „	1650 „	1300 „
„ 15 „	1800 „	1400 „

neben freier Wohnung und Kost. Die verheirateten Oberpfleger erhalten Familienwohnung und eine Beköstigungsentschädigung von 700 M.

2. Für das männl. Pflegepersonal:

Anfangslohn monatl. 50.	55,	60,	65,	70,	75,	80 M.
nach . . .	1.	2.	3.	4.	5.	6. J.
monatl. 85	90,	95,	100 M.			
nach . . .	7.	8.	9.	10. J.		

3. Für das weibl. Pflegepersonal:

Anfangslohn monatl. 30.	33,	36,	39,	42,	45,	48 M.
nach . . .	1.	2.	3.	4.	5.	6. J.
monatl.	51,	54,	57,	60 M.		
nach . . .	7.	8.	9.	10. J.		

Zu 2 und 3 neben freier Wohnung: Kost, Dienstkleidung und ärztliche Behandlung (Emolumentenwert jährlich 400 M.).

Die Stellvertreter des Oberpflegepersonals erhalten 5 M. monatliche Stellenzulage.

Die Stationspfleger erhalten 2 M. monatliche Dienstzulage.

Die Pfleger der Häuser: 6, 6 A und 6 B erhalten nach einem Jahr je 2 M. Hauszulage monatlich.

Die Pfleger auf dem Überwachungshaus (wie Verwahrungshäuser) erhalten im ersten Jahr 3 M., nach Ablauf des ersten Jahres 5 M. Hauszulage monatlich.

Für gelegentlichen Verzicht auf den Sonntagsausgang kann dem Pflegepersonal eine Vergütung bis zu 1,50 M. gewährt werden.

Augenblicklich erhalten die 41 dienstältesten verheirateten Pfleger monatlich 6,25 M. Wohnungsbeihilfe.

Referate.

— Moll-Berlin, Albert, Dr. med., Berühmte Homosexuelle. Wiesbaden, Verlag von Bergmann, 1910. 80 S.

Besprechung einer langen Reihe von Persönlichkeiten, die als homosexuell verdächtig hingestellt oder auch mit Recht als homosexuell angesehen werden.

Man gewinnt mit Verf. den Eindruck, daß die Entscheidung im Einzelfall, zumal wenn man mehr oder minder auf psychische Momente angewiesen ist, recht schwierig ist und sich oft über einen gewissen Verdacht nicht erhebt. Albrecht-Treptow.

— Pfister, Dr. Oskar, Pfarrer in Zürich, Die Frömmigkeit des Grafen Ludwig von Zinzendorf. Ein psychoanalytischer Beitrag zur Kenntnis der religiösen Sublimierungsprozesse und zur Erklärung des Pietismus. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1910. 118 S.

Ein weiterer Beleg für die bekannte Beobachtung, wie nahe sich religiöses und sexuelles Leben stehen und wie leicht sie zu krankhaften Auswüchsen führen. Albrecht-Treptow.

— Lombroso, Cesare, Hypnotische und spiritistische Forschungen. Verlag von Julius Hoffmann, Stuttgart. 384 S.

Verf., der nach seiner eigenen Bekundung im Alter aus einem Saulus ein Paulus gegenüber dem „Medianismus" geworden ist, teilt eigene und fremde in der Literatur zerstreute Beobachtungen über Hypnose und Spiritismus mit. — Daß es Erscheinungen in Natur und Geisteswelt gibt, die jenseits des unseren Sinnen zugänglichen Erkenntnisgebietes liegen, ist nach den Erfahrungen der letzten Zeit mit Röntgenstrahlen und den Eigenschaften des Radium anzunehmen und glaubhaft. Dagegen erscheint mir das Material des L. — zum Teil stützt er sich auf Jahrzehnte und Jahrhunderte zurückliegende, kritiklose Laienbeobachtungen — oft nicht einwandfrei, und es werden aus einem Gebiet, auf dem erfahrungsgemäß Schwindel und Betrug häufig sind, Beobachtungen mitgeteilt, die zu glauben man einem unvoreingenommenen, gebildeten Menschen im Ernst nicht zumuten kann. Auch die Art, wie L. die Phänomene durch Strahlung unter Heranziehung von Fluidarmen, Entmaterialisierung und Materialisierung von Geistern Verstorbener aus dem Körper des Mediums u. a. zu deuten sucht, ist mystisch, aber wissenschaftlich bisher nicht genügend begründet, um ein objektives Urteil zu gewinnen. Albrecht-Treptow.

— Pfister, Dr. Oskar, Pfarrer in Zürich, Analytische Untersuchungen über die Psychologie des Hasses und der Versöhnung. Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, II. Band. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1910. 47 S.

Freud'sche Psychoanalyse eines vierzehnjährigen, durch Hysterie der Mutter erblich belasteten Knaben, der unter „einem bösen inneren Zwang" Haß gegen seinen geisteskranken Bruder hegt und durch sie zeitweilig frei von quälenden, meist im Unterbewußtsein wurzelnden Vorstellungen wird. — Man muß dem Verf. unbedingt zustimmen, wenn er zum Verständnis seiner Erörterungen Kenntnis der Freud'schen Traumdeutung und der Gesetze des „subliminalen" Phantasielebens fordert, anderenfalls verlieren für den Nichtanhänger Freud'scher Theorien seine Wachtraumdeutungen und Schlüsse erheblich an zwingender Kraft. Außerdem scheinen mir solche Versuche an psychopathologischen Kindern nicht ganz ohne Gefahr für sie zu sein. Albrecht-Treptow.

— Klinik für psych. und nervöse Krankheiten. Bd. V, H. 3. Herausgegeben von Prof. Sommer, Gießen. C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.. 1910.

Einleitung des neuen Hefts bildet der schöne Nachruf für Georg Ludwig, welchen Sommer bei der Gedächtnisfeier am 29. Juni 1910 in Darmstadt gehalten hat. Sommer gibt ferner einen Bericht über den IV. Kongreß für experim. Psychologie in Innsbruck, in welchem die dort gebotenen psychiatrischen Anregungen zumeist unter Einfügung ausführlicher Autoreferate besprochen werden. — Steinbrecher bespricht an der Hand eines Falles mit unsicherer Diagnose (Tumor cerebelli) die Differentialdiagnostik des Hydrozephalus internus. — Berliner gibt mit Bezugnahme auf die Arbeiten von K. Mendel, M. Laehr, Leppmann ein Gutachten über eine paranoide Erkrankung nach Trauma. Hier war die drei Jahre nach dem Trauma manifest gewordene Dementia paranoides sicher selbständig, rein endogen entstanden. Klett (Klinik Gießen) berichtet über die graphische Darstellung der Stirnmuskelbewegungen. Sommers Apparat zur zeitlichen Darstellung des Ablaufs der Aufwärts- und Abwärtsbewegungen und der seitlichen Verschiebungen wurde weiter vervollkommnet. Kurven über willkürliche, choreatische und katatonische Bewegungen sind beigegeben.

Mercklin.

Personalnachrichten.

— **Frankfurt a. M.** Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Ehrlich wurde zum Wirklichen Geheimen Rat mit dem Titel Exzellenz ernannt.

— **Graz.** Der außerordentliche Professor der Psychiatrie Dr. Hartmann wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— **Kiel.** Zum Oberarzt an der Psychiatrischen und Nervenklinik wurde Privatdozent Dr. W. Runge ernannt.

Therapeutisches.

Adalin.

Dr. med. Scheidemantel. (Aus der Direktorialabteilung des städtischen Krankenhauses Nürnberg, Prof. Dr. Müller.) **Klinische Erfahrungen mit Adalin, einem neuen bromhaltigen Sedativum und Hypnotikum.** (Münchener Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 8, Seite 407.)

In der Direktorialabteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg wurde das Medikament während eines Zeitraumes von 8 Monaten in der Gesamtmenge von ca. 900 g an einem ausgedehnten Krankenmaterial der inneren Abteilung auf seine Wirksamkeit als Sedativum und Hypnotikum geprüft. Für den Zweck der Beruhigung soll man bei einer Gesamttagesdosis von 0,75 die Einzeldosis von 0,25 nicht überschreiten. Schlaf wurde erzielt durch eine Dosis von 0,5—1,0 g, am besten ca. 1 Stunde nach der Abendmahlzeit auf der Höhe der Verdauung verabreicht; noch besser war die Wirkung nach fraktionierter Darreichung von 2 mal 0,5 in Zwischenräumen von 1 Stunde; in letzterer Form versagte das Mittel fast nie. Die Unschädlichkeit desselben wurde durch länger fortgesetzte Tagesgaben bis zu 3,0 bei schweren Epileptikern festgestellt.

Unangenehme Nebenwirkungen, außer leichtem Schwindel bei vorzeitigem Erwachen in einem Falle, wurden nicht beobachtet; auch magenempfindliche Personen vertrugen Adalin gut.

Bromismus trat bei längerem Gebrauch nicht auf; in einem Falle heilte eine ausgesprochene Bromakne unter Adalintherapie rasch ab. Der durch Adalin erzeugte Schlaf ist ruhig und gleichmäßig und tritt selbst nach gelegentlichem Erwachen wieder ein. Er beginnt in der Regel nach $^1/_4$—$^3/_4$ Stunde und erstreckt sich bei 0,5 auf ca. 5 Stunden, bei 1,0 auf ca. 8 bis 9 Stunden.

Verzögerungen der Bromausscheidung ließen sich bei Adalinzufuhr nach orientierenden chemischen Untersuchungen am Chloroformextrakt des Urins und nach dem Verfahren von Jolles nicht feststellen.

Neben einer großen Reihe hier nicht namentlich aufzuführender Krankheitszustände wurde das Adalin in erster Linie mit gutem Erfolg angewandt bei nervöser Schlaflosigkeit, bei Asomnie im Gefolge von Infektionskrankheiten, bei innerer Unruhe und Tremor in hyperthyreoiden Zuständen, bei Neurasthenikern und Hysterischen mit gesteigerter Affekterregbarkeit. Weiterhin hat sich Adalin sehr gut bewährt bei leicht schmerzhaften Affektionen, wie Blasen- und Nierenbeckenentzündungen und weniger intensiven Neuralgien, sowie in zwei Fällen von Graviditätserbrechen und ganz besonders bei einem Tumor der hinteren Schädelgrube mit ausgesprochener Vagusreizung, während es bei stärker schmerzhaften Entzündungen der Pleura und des Peritoneums versagte.

Bei Herzneurosen sowohl rein funktioneller als organischer Ätiologie wurden hier die verschiedenen Depressions- wie Erregungszustände und Hauthyperästhesien im Gefolge von Aortenerkrankungen, besonders auf syphilitischer Basis durch Adalin sehr günstig beeinflußt, ebenso die Angina pektoris bei Koronarsklerose. Durch die Beseitigung der Erregbarkeit und die Herbeiführung eines erquickenden Schlafes wird auch die Herztätigkeit in ruhigere Bahnen geleitet und damit die Heilung des Leidens gefördert.

Schädigende Nebenwirkungen wurden selbst bei organischen Herzveränderungen nicht beobachtet — ein wertvoller Beweis für die Harmlosigkeit des Adalins —; da möglichst solche Fälle ausgelesen wurden, die auf Valeriana- und Brompräparate in großen Dosen nicht reagiert hatten, so kann man eine reine Suggestivwirkung ausschließen.

Anstaltsarzt Dr. G. Beyershaus. (Aus der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg, Direktor: Geh. San.-Rat Dr. Peretti.) **Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin** (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 13.)

In der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg wurde das Medikament an 105 Patienten, und zwar fast ausschließlich an Frauen sowohl in Pulver-, als auch in Tablettenform verabreicht. Keine unangenehme Erscheinungen nach Einnahme des Mittels von seiten des Magendarmtraktus, wie Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen, abgesehen von einem Falle.

Nach der Einnahme von kleinen Dosen trat bald Beruhigung

ein. Bettflüchtige, äußerst unruhige Kranke wurden durch mehrmalige kleine Gaben von 0,5 g Adalin tagsüber mühelos im Bett gehalten und ihre Kräfte dadurch wesentlich geschont. Der bei größeren Dosen auf dieses Stadium der Beruhigung nach kurzer Zeit folgende, fast immer ruhige und gleichmäßige Schlaf unterschied sich durchaus nicht von dem natürlichen und dauerte in den meisten Fällen mindestens sechs Stunden, häufig bis Morgen. Auch die größten Dosen, 1,5 g pro dosi und 2,5 g pro die, hatten selbst längere Zeit hintereinander gegeben keine schädlichen Neben- oder Nachwirkungen, Akne oder andere Exantheme zur Folge.

Bei verschiedenen Frauen, die teils stark ängstlich, teils heftig manisch erregt waren, wurde stets eine erhebliche Beruhigung erzielt.

Psychosen: Bei 34 Fällen unter 37 von manisch-depressivem Irresein wirkte das Adalin gut, in drei Fällen nicht genügend, vermutlich weil die Dosis zu klein war; Dementia-praecox-Kranke: in 35 von 36 Fällen ausgiebiger Schlaf; fünf Fälle reinen halluzinatorischen Irreseins: vier Fälle reagierten ebenfalls sehr günstig. Bei einer Anzahl paralytischer und epileptischer Frauen, sowie bei Imbezillen und Idioten war der Erfolg der hypnotischen Wirkung ein guter.

Nach Beyershaus ist Adalin als Schlafmittel den besten bisher existierenden Mitteln dieser Art durchaus gleichwertig.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 15. 8. Juli **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Neurologisches aus den Anstalten. Von Dr. H Lachmund, Abteilungsarzt zu Münster i. W. (Fortsetzung.) Fall II. Sclerosis multiplex mit Paranoia. (S. 139.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 142.) — Mitteilungen (S. 146): Das Denkmal für Geh. Rat Prof. Mendel. Personalnachrichten (S. 147).

Neurologisches aus den Anstalten.

Von Dr. *H. Lachmund*, Abteilungsarzt zu Münster i. W.

(Fortsetzung.)

Fall II. Sclerosis multiplex mit Paranoia.

Franz K., Landwirtssohn, geb. am 15. Mai 1881, mithin jetzt 30 Jahre alt, ist insofern hereditär belastet, als seine Mutter nervös sein soll, ein entfernter Vetter an sekundärer Demenz leidet. Normale Geburt, normale Entwicklung, Durchschnittsschüler. Vor der jetzigen Erkrankung keine schwereren Krankheiten, kein Potus, keine Lues. Beginn des Leidens vor zirka vier Jahren. Zuerst Klagen über „Müdigkeit in den Knochen", Mattigkeit, Unlust zur Arbeit. Dazu kamen Schwindelanfälle, besonders wenn Pat. sich im Kreise bewegte oder in die Höhe klettern wollte. Weiter stellten sich Gehstörungen ein, K. war unsicher auf den Beinen, fiel öfters hin, ging „wie ein Betrunkener". Außerdem fiel ihm das Schlucken schwer, vor allem konnte er keine Flüssigkeiten herunterbringen. Alle diese Beschwerden entwickelten sich aus unmerklichen Anfängen nach und nach. Etwa 1½ Jahr später traten zunächst leichte psychische Störungen auf, Pat. wurde zeitweise mißmutig, verstimmt, zeitweise erregt, trank dann mehr wie nötig und gab leichtsinnig sein Geld aus; kaufte Pferde, trank Sekt, so daß die Verwandten ihm kein Geld mehr geben wollten. Die Folge war weitere Erregung, schließlich wurde K. gegen seine Angehörigen aggressiv und mußte von diesen und den Nachbarn festgehalten werden, bis seine Überführung in die hiesige Heilanstalt erfolgte.

Aufnahme hier am 16. Juni 1909. K. zeigte ein geistig im allgemeinen geschwächtes Verhalten, war in der ersten Zeit meist kindisch-heiterer Stimmung, zwischendurch aber auch leicht gereizt und erregt; auch fiel es auf, daß er öfters ohne entsprechenden Grund in krampfhafter Weise zu weinen begann. Er klagte später über Schmerzen im ganzen Körper und Verwirrtheit im Kopfe. Er war in jeder Beziehung orientiert und ließ keine besonderen Gedächtnis- und Merkfähigkeitsdefekte erkennen. Dagegen waren zunehmende Beschwerden beim Sprechen und Gehen zu bemerken, auch machte ihm das Schlucken von Flüssigkeiten Mühe. Die Schrift blieb leserlich, wurde aber unbeholfener; die Verwandten gaben an, früher habe er viel besser geschrieben. Zeitweise brach er in krampfhaftes Lachen oder Weinen aus, das etwas Zwangsmäßiges hatte; manchmal war Lachen und Weinen derart vermischt, daß man nicht unterscheiden konnte, ob er lachte oder weinte, es dauerte dann immer erst kurze Zeit, bis er wieder im Sprechen fortfahren konnte. Etwa Mitte 1910 traten vereinzelt Sinnestäuschungen auf; er bemerkte öfters einen auffallenden Geruch im Zimmer, nach Backwerk, nach Hasenbraten; ein Paket, das er bekam, habe wie Veilchen gerochen; er habe diese Empfindung immer nur für ein paar Augenblicke gehabt, dann sei sie wieder weggewesen. Etwas später klagte er, das Brot und das Mittagessen hätten öfters nach Stalldünger geschmeckt. Dann begann er Stimmen zu hören, im Ohre und im Kopfe, die ihm allerhand zuriefen, z. B. er sei in der Hölle, er müsse gekreuzigt werden. In dieser und der folgenden Zeit klagte er vermehrt über Schmerzen im ganzen Körper war deprimierter Stimmung und fing öfters, wenn man ihn nach seinem Ergehen fragte, krampfhaft an zu weinen. Dabei bewahrte er, während ihm die Einsicht für seine psychische Erkrankung, für die Sinnestäuschungen und Illusionen gänzlich abging, für sein körperliches Leiden stets volle Krankheits-

einsicht, sprach von seiner schweren Krankheit, wenn er doch nur noch einmal wieder gesund werden könnte, man könne ihn hier nicht heilen.

Zurzeit bietet K. folgenden körperlichen Befund: K. ist ein 1,71 m großer, 74,5 kg schwerer Mann von mittlerer Konstitution. Zunge etwas belegt, die inneren Organe weisen keinen besonders auffallenden krankhaften Befund auf. Puls beträgt 72 Schläge in der Minute, ist regelmäßig. Verdauung normal, Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Nervensystem: Keine Degenerationszeichen. Schädel nicht klopfempfindlich; Umfang 57,5 cm. Keinerlei Hirndruckerscheinungen. Die Pupillen sind rund, gleich groß, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Die Augenbewegungen sind frei; beim Fixieren besonders in seitlicher Richtung deutlicher anhaltender Nystagmus, der beim Blick nach links grobschlägiger, beim Blick nach rechts feinschlägiger ist. Der Kornealreflex ist rechts normal, links erheblich abgeschwächt. Augenhintergrund: Beiderseits scharfe Papillen; der temporale Rand der rechten Papille erscheint gegenüber dem der linken Papille deutlich abgeblaßt. Der linke Fazialis ist schwächer innerviert als der rechte, mehr im unteren, weniger im oberen Aste. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab. Die Sprache ist verwaschen, aber nicht artikulatorisch gestört, kippt häufig über und klingt oft heiser. Das Schlucken von Flüssigkeiten macht Beschwerden, während breiige Speisen besser geschluckt werden. Einigemale wurden Speisen wieder zum Munde herausgewürgt, da sie nicht heruntergebracht werden konnten. — Die Muskulatur des Körpers zeigt nirgends Atrophien, keine fibrillären Zuckungen oder Muskelwogen. Die grobe Kraft im linken Arme ist in allen drei Abschnitten des Armes gegenüber rechts erheblich herabgesetzt. Auch im rechten Arm geschehen die Bewegungen gegen Widerstand nicht mit normaler Kraft. Die Schrift ist unbeholfener als früher, zeigt aber kein Auslassen von Silben oder Buchstaben. Aufrichten aus der Rückenlage zum Sitz ohne Zuhilfenahme der Hände unmöglich. Das rechte Bein erscheint in seiner groben Kraft normal, während das linke sowohl bei Beuge- wie Streckbewegungen in allen drei Abschnitten paretisch erscheint, am meisten bei Streckung im Kniegelenk und bei Dorsal- und Plantarflexion im Fußgelenk. Der Muskeltonus ist in den Armen wie in den Beinen gleichmäßig herabgesetzt; die Beine können im Kniegelenk extrem gebeugt werden und schnappen beim Strecken im Kniegelenk ein. Dagegen sind die Sehnenreflexe an den Armen, mehr noch an den Beinen stark erhöht; am linken Bein stärker wie am rechten. Am linken besteht Patellar- und anhaltender Fußklonus, am rechten ist beim Beklopfen der Achillessehne Fußklonus angedeutet. Der Gang ist spastisch-paretisch mit Schonung des linken Beines und häufig schwankend. Bei intendierten Bewegungen, die ataktisch erfolgen, tritt im linken Arme ein auffallendes Wackeln ein. Auch im linken Beine geschehen alle Bewegungen stark ataktisch mit erheblichem Wackeln des ganzen Beines, während die Bewegungen der rechten Extremitäten ruhig und koordiniert erfolgen. Der Bauchdeckenreflex konnte unterhalb des Nabels weder rechts noch links ausgelöst werden, höchstens trat bei der ersten Prüfung ein kaum merklicher Reflex ein; oberhalb des Nabels war der Reflex rechts und links deutlich wahrzunehmen. Der Kremasterreflex ist beiderseits gleich. Am linken Fuße zeigt sich konstant das Babinskische Phänomen, am rechten nur hier und da. Keine Mastdarmstörungen; Blasenstörungen nur insofern, als es oft bei bestehendem Harndrang längere Zeit dauert, ehe Pat. urinieren kann. Bezüglich der Sensibilität wurde subjektiv geklagt über pappiges Gefühl, über furchtbares Brennen und Hitze wie Feuer im Gesicht beim Rasieren und über ein eisiges Kältegefühl beim Baden im Wasser von Körpertemperatur. Objektiv ist die Empfindung für warm und kalt wie für spitz und stumpf überall ungestört; die Berührungsempfindlichkeit war vorübergehend links oberhalb des Nabels in Handtellergröße herabgesetzt, sonst normal. — Bei Augen-Fußschluß tritt heftiges Schwanken ein.

Psychisch läßt sich bei K. eine im ganzen Gebaren und Verhalten hervortretende geistige Schwäche nicht verkennen; er lebt, ohne besonderes Interesse für die Umgebung und die Außenwelt zu zeigen, in den Tag hinein, verkehrt nicht mit den anderen Kranken seiner Abteilung, ist unbeholfen in seinen Antworten, die erheblich verlangsamt erfolgen, und zeigt kein Bedürfnis nach Unterhaltung oder geistiger Beschäftigung. Sonst gibt er auf Fragen willig Auskunft, zeigt sich in jeder Hinsicht genau orientiert, kommt aber immer wieder auf wahnhafte Vorstellungen zurück, die er jetzt zu einem festgefügten System ausgebaut hat, das er noch ständig erweitert. Der Inhalt ist ungefähr folgender: Er wird täglich von Gott gepeinigt und gekreuzigt; er hat beständig im Körper Schmerzen, die von Gott kommen, mit denen ihn Gott peinigen will, das merke er deutlich. Das Essen hat einen üblen Geruch und schmeckt nach Dünger; das schickt ihm ebenfalls Gott. „Ihr habt alle einen guten Geschmack; nur ich allein habe solchen schlechten Geschmack; mein Körper ist überhaupt anders wie bei anderen Leuten, das macht.

ich bin von Ewigkeit verdammt. Ihr seid alle Engel, ich allein bin der Teufel; ihr seid alle im Himmel, ich allein bin in der Hölle und muß schreckliche Qualen erleiden." Beim Rasieren gibt er an, glühende Hitze im Gesicht zu spüren, wie wenn er die Hand im Feuer hielte. Beim Baden in körperwarmem Wasser spüre er eine eisige Kälte wohl von 100°, beim Schlucken müsse er oft würgen und erbrechen, das käme alles von Gott. Eine Zeitlang hätten ihn die Pferdehaare aus seinem Kopfkissen schrecklich gestochen; das sei seine Dornenkrone gewesen. Auch die Leute, die um ihn waren, peinigten ihn, besonders einer (nennt den Namen eines anderen Kranken) sähe aus wie der oberste der Teufel, der schimpfe immer mit ihm, dazu könne er aber nichts, denn das müsse er tun, das sei ihm von Gott so befohlen. Die Instrumente, mit denen Verf. ihn untersucht hätte, seien für ihn Marterinstrumente. Christus habe nur drei Stunden am Kreuz gehangen, ihn peinigte Gott aber jeden Tag und verdammte ihn an jedem Tage. Christus sei mit 33 Jahren erlöst; er sei jetzt 31 Jahre; nun wolle er mal sehen, ob er über zwei Jahre auch erlöst würde. Auf die Frage, ob er denn auch Christus sei, meint er: „das sollte man eigentlich meinen, weil ich auf dem Kreuzwege bin; ich weiß aber nur, daß Gott etwas Besonderes mit mir vorhat; was, kann ich jetzt noch nicht sagen." Alle Versuche, ihm seine Wahnvorstellungen auszureden, oder sie irgendwie zu beeinflussen, sind völlig vergebens. „Das könnt ihr eben nicht verstehen; ich bin durch Gottes Willen anders wie andere Menschen und habe einen anderen Körper wie ihr, das könnt ihr aber nicht begreifen."

Berücksichtigen wir das Gesagte, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß K. an einer schweren organischen Nervenkrankheit leidet; außerdem besteht bei ihm eine allgemeine geistige Schwäche mäßigen Grades und eine mit allerhand Sensationen, Halluzinationen und Illusionen einhergehende Psychose, deren Ausdruck ein festgefügtes System von wahnhaften Vorstellungen ist. Was zunächst den körperlichen Befund betrifft, so könnte das Vorhandensein von diffusen Paresen, von Sprachstörungen, Veränderung der Schrift, Schluckbeschwerden, leichten Blasenstörungen, die Herabsetzung des Muskeltonus und die ataktischen Erscheinungen an den linksseitigen Extremitäten, der Kopfschmerz und Schwindel neben den psychotischen Symptomen, die K. bietet, daran denken lassen, daß eine Paralyse bei ihm vorliegt. Dagegen spricht aber vieles; zunächst ist nichts von luetischer Infektion bekannt und nachweisbar. Die Sprachstörung ist kein paralytisches Silbenstolpern, sondern die Sprache ist verlangsamt, verwaschen, heiser, oft überkippend und ohne Flattern der Gesichtsmuskulatur. Die Schrift zeigt nicht das Auslassen von Buchstaben, Silben und Wörtern, das Wiederholen solcher, das Unsaubere der Paralytikerschrift, sondern ist nur zittrig und unbeholfener wie früher. Die psychotischen Symptome sind erst nach längerem Bestehen des körperlichen Nervenleidens aufgetreten, was bei Paralyse, wenn sie nicht gerade eine tabische ist, doch äußerst selten vorkommen dürfte. Eine tabische Paralyse ist aber bei den bestehenden Seitenstrangerscheinungen, den Spasmen, dem Babinski nicht anzunehmen, zumal die Pupillenreaktion völlig intakt ist. Man könnte weiter bei der auffallenden Halbseitigkeit der Symptome an einen Herd in der rechten Hirnhemisphäre denken, denn die ganze linke Körperseite vom Fazialis bis zum Fuß ist bei K. gegenüber rechts paretisch; damit ist aber, ganz abgesehen von der fehlenden Ätiologie, nicht zu vereinen, daß auch der rechte Arm nicht völlig intakt ist, daß Sprach- und Schluckstörungen vorhanden sind, daß sich K. durchaus nicht allein aus der Rückenlage aufrichten kann, weiter der starke Romberg. Vielmehr spricht alles dafür, mehrere Herde anzunehmen; und berücksichtigt man, daß sich rechts eine Abblassung des temporalen Randes der Papille befindet, daß deutlicher anhaltender Nystagmus besteht, daß die Bauchdeckenreflexe unterhalb des Nabels rechts und links kaum auszulösen sind, daß am linken Arm und Bein bei intendierten Bewegungen ein auffallendes Wackeln eintritt, während die Sehnenreflexe an sämtlichen Extremitäten stark erhöht sind, Fußklonus und Babinski besteht, so wird man zu der Annahme gedrängt, daß eine Vielheit von Herden in Form der multiplen Sklerose in unserem Falle vorliegt. Ein Tumor ist bei dem Fehlen aller Hirndruckerscheinungen ausgeschlossen, Lues liegt nicht vor, die Diagnose einer kombinierten Strangerkrankung genügt nicht, sonst bleibt differentialdiagnostisch wohl nichts übrig, woran man denken könnte. Interessant ist nun zunächst beim körperlichen Befunde die ausgesprochene Halbseitigkeit verschiedener Symptome. Während im rechten Arm und Bein die grobe Kraft ziemlich normal ist, keine Ataxie, kein Wackeln vorhanden ist, bestehen links erhebliche Paresen, Ataxie und Wackeln bei Bewegungen. Die Halbseitigkeit erstreckt sich aber noch weiter aufwärts, insofern der linke Facialis paretisch, der linke Kornealreflex herabgesetzt erscheint. Zu erwähnen ist ferner die Eigenart des Nystagmus; es war immer beim Blick nach rechts feinschlägiger, beim Blick nach links grobschlägiger

Nystagmus zu konstatieren, ein Symptom, das ich bei Hirnherden erwähnt fand. In letzter Zeit wurde auf das häufigere Vorkommen sensibler Störungen bei m. Skl. aufmerksam gemacht; in unserem Falle ist bemerkenswert, daß nur vorübergehende Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit gefunden wurde, daß aber von dem Kranken über eine ganze Reihe subjektiver Gefühlsstörungen geklagt wurde, die besonders das Wärme- resp. Kältegefühl betrafen, so über brennende Hitze im Gesicht beim Rasieren, über eisige Kälte beim Baden in lauwarmem Wasser. — Was dem Falle aber seine besondere Bedeutung gibt, sind die psychischen Störungen. Vereinzelt auftretende Halluzinationen und geistige Schwäche sind bei m. Skl. bereits beschrieben worden, so kürzlich in einem Falle von Nonne. Bei K. sind auch allgemeine geistige Schwäche und vereinzelte Halluzinationen, Geruchs- und Gehörstäuschungen, dann auch Illusionen, z. B. Geschmacksillusionen vorhanden; das Hervorstechende im psychischen Bilde sind aber die wahnhaften Vorstellungen, die K. zu einem festen paranoischen System ausgebaut hat, an dem nicht zu rütteln ist (s. o.). Zurückzuführen sind nun diese Wahnideen in unserem Falle ganz offenbar auf die subjektiven Gefühlsstörungen, besonders das abnorme Hitze- und Kältegefühl, die Parästhesien beim Schmecken der Speisen, die subjektiven Schmerzempfindungen im ganzen Körper. K. glaubt in der Hölle zu sein, täglich von Gott gequält und gekreuzigt zu werden, und kommt so zu der Erklärungswahnidee, daß Gott etwas Besonderes mit ihm vorhabe, daß er kein Mensch sei wie andere, sondern ein ganz besonderes Wesen. — Es ist nun die Frage, ob diese paranoische Psychose als selbständige Erkrankung der Psyche aufzufassen ist, oder als Folge der organischen Nervenkrankheit, der Hirnherde. Daß Hirnherde an sich psychische Störungen mannigfachster Art hervorrufen können, ist erwiesen; so hat Pfeifer kürzlich über die psychischen Störungen bei Hirntumoren ausführlich berichtet. Warum sollten bei einer Vielheit von Herden, wie bei der multiplen Sklerose, nicht auch häufiger solche Störungen auftreten? Dann spricht doch auch in unserem Falle das zeitliche Auftreten der psychotischen Symptome, etwa 1½ Jahr nach Beginn der organischen Erkrankung, vielleicht auch der Inhalt der Wahnideen, deren Entstehung direkt auf Symptome der körperlichen Krankheit zurückzuverfolgen ist, für einen inneren Zusammenhang der Psychose mit der multiplen Sklerose. — Da mir ein entsprechender Fall aus der Literatur nicht bekannt ist, glaubte ich ihn veröffentlichen zu können. (Fortsetzung folgt)

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Fortsetzung.)

Dreuer[71]): Fünf Fälle von Paralyse blieben unbeeinflußt, in einem trat trotz der Behandlung „beim ersten Wetterleuchten" zunehmende Verblödung ein.

Lesser[72]): Die Patienten (einige Fälle von Tabes und Paralyse) waren mit dem Erfolg sehr zufrieden, zeigten auch bedeutende Gewichtszunahmen, bis 10 kg. Objektiv war keinerlei Besserung zu verzeichnen, was bei den pathologisch-anatomischen Veränderungen, die diesen Affektionen zugrunde liegen, eigentlich selbstverständlich ist.

Peritz[73]): „Die günstigsten Resultate wurden bei fünf Fällen von Lues cerebrospinalis erhalten. Sie sind fast alle gebessert worden."

Bei einem hereditär-luetischen Mädchen mit Symptomen, welche denen der multiplen Sklerose ähnlich waren, schwanden dieselben im großen und ganzen, „nur schwankt die kleine Patientin beim Gehen noch etwas". Wassermannsche Reaktion nach vier Wochen noch positiv. — In einem Fall von Paralyse schwanden auf die Injektion alle Symptome sehr schnell; sechs Wochen darauf Ohrensausen; Pat. war fast taub. Die Schwerhörigkeit schwand nach einer zweiten Einspritzung, das Ohrensausen blieb. Vierzehn Tage nach der zweiten Injektion Konsultation wegen Psoriasis palmarum, die auch nach der dritten Injektion fortbestand. „Psychisch sind alle Erscheinungen geschwunden." Bei weiteren vier Fällen von Paralyse und bei 14 Fällen von Tabes traten Besserungen oder wesentliche Veränderungen

[71]) Dreuer, a. a. O. p. 90

[72]) Lesser, a. a. O. p. 90.

[73]) Peritz, a. a. O. p. 91.

nicht ein. In dem einen Fall von Tabes (Pupillenstarre auf einem Auge und Anisokorie) schwand die Pupillenstarre kurze Zeit nach der Injektion, die beiden Augen waren wieder gleichgerundet und von gleicher Größe. Nach acht oder zwölf Wochen nahm die Pupillenreaktion wieder ab und die Pupille ist jetzt fast lichtstarr. Auch die Wassermannsche Reaktion blieb andauernd positiv. In einem Fall von hereditär-luetischer Epilepsie schwanden die sonst täglich aufgetretenen Anfälle „unmittelbar nach der Einspritzung"; sechs Wochen später sind sie wieder in alter Stärke aufgetreten! Wassermannsche Reaktion blieb positiv.

Isaac[74]): „Meta- und parasyphilitische Fälle wurden nach der Anwendung von Salvarsan bedeutend gebessert, da sich Körperkräfte, Körpergewicht und Allgemeinbefinden hoben, während objektiv nur zeitweise Besserungen zu konstatieren seien."

Hahn[75]): Paralyse; geistiger Zustand nach Injektion unverändert; Körpergewicht gestiegen.

Hamel[76]): Acht Fälle von Lues cerebrospinalis; drei besserten sich wesentlich, „etwa so wie bei Traitement mixte". Fünf Tabiker; bei dreien schwanden die Schmerzen prompt, und zwar jahrelang bestehende Trigeminusneuralgie, Wurzelirritationen im Dorsalgebiet und lanzinierende Schmerzen. „Von drei Paralysen scheint eine gebessert zu sein."

Sänger[77]): 52jähriger Tabiker, seit acht Jahren heftige Neuralgie im dritten Ast des linken Trigeminus, viermal peripherisch operiert; jedesmal zwei Jahre Nachlaß der Schmerzen; das letzte Mal nicht. Am 24. Oktober Salvarsan-Injektion; die Schmerzen waren einige Tage später geschwunden und waren auch bis zum 8. November (Tag der Berichterstattung) nicht wiedergekehrt. Bei einem anderen Tabiker schwanden die qualvollen Gürtelschmerzen nach der Injektion auf sechs Wochen. Sänger rät zur Vorsicht in der Beurteilung solcher Fälle, da auch bei Suggestivbehandlung häufig Besserung subjektiver Symptome bei Tabikern vorkommt. Bei einer tabischen Frau wurden die gastrischen Krisen durch Salvarsan nicht beeinflußt. Veränderung der objektiven Symptome wurde in keinem Falle bei Tabikern beobachtet. Sänger hält das bei den degenerativen Veränderungen nicht möglich, dagegen ein Aufhalten der Progressivität des Leidens. Die jahrelangen sehr heftigen Schmerzen eines Patienten, die als Anfangssymptom von Tabes aufgefaßt, aber durch Röntgenuntersuchung als Folge chronischer Periostitis festgestellt wurden, wurden durch eine einmalige Injektion beseitigt. — 47jähriger Patient, 1888 infiziert, 1909 Verlangsamung der Sprache, Abnahme der geistigen Fähigkeiten, Fehlen der Patellarreflexe, Silbenstolpern, Euphorie, Zittern der Hände und Beine. Am 3. September Injektion. Am 10. September stand er auf, Zittern geschwunden; Sprache und Schrift gebessert. „Patient machte einen so guten Eindruck, daß seine Familie ihn für gänzlich wiederhergestellt hielt. Leider ist jetzt wieder sein alter Zustand wiedergekehrt. Die Besserung glich eben einer Remission, die wir zur selben Zeit bei einem anderen Paralytiker beobachteten, der nur zu Bett lag und gar kein Mittel erhalten hatte." Auch bei einem anderen Paralytiker hielt eine unmittelbar nach der Injektion konstatierte erhebliche Besserung nur sehr kurze Zeit an.

Arning[78]): Lues cerebri, Entrundung beider Pupillen, träge Reaktion der rechten Pupille, die größer ist als die linke, leichte Verschleierung des Intellekts, seit $1^1/_2$ Jahren bestehendes völliges Unvermögen zu arbeiten, stark positive Wassermannsche Reaktion. Infektion 1891. Am linken Unterschenkel Geschwüre, seit drei Jahren unbehandelt. Am 10. Oktober 0,7 Salvarsan intramuskulär; am 8. Nov. Ulzerationen ganz verheilt, Pupillen gleich, Reaktion noch träge; Intelligenz vollständig hergestellt. Wassermannsche Reaktion noch stark positiv.

Engelmann[79]): 28 Stunden nach der Injektion von 0,2 Salvarsan günstige Beeinflussung einer luetischen Erkrankung des Hörnervs mit Fehlen der Knochenleitung, Menièreschen Erscheinungen.

Nonne[80]): Arteriitische Form der Hirnlues. 14 Tage nach dem Insult keine Besserung; vom vierten Tage nach der Injektion fortschreitende Besserung der Hemiplegie, und zwar schneller als unter der sonst üblichen Behandlung. — Sechs Fälle von Meningomyelitis syphilitika: 1. ein alter Fall; keine Änderung der Symptome. 2. Myelitis dorsolumbalis kompleta, Schmerzgefühl und obere Bauchdeckenreflexe restituierten sich, Achilles-Klonus und Babinski- und Oppenheim-Phänomen schwanden. Nur letztere traten nach 14 Tagen wieder auf, sonst blieb während der fünf Wochen dauernden Beobachtung die Besserung bestehen. 3. Inkomplette Myelitis dorsalis spastika; wesentliche Besserung des Ganges, der

---

[74]) Isaac, a. a. O. p. 91.

[75]) Hahn, a. a. O. p. 95.

[76]) Hamel, Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 3, p. 142.

[77]) Sänger, a. a. O. p. 142.

[78]) Arning, Demonstrationen betr. Salvarsan. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, p. 140,

[79]) Engelmann, a. a. O. p. 141.

[80]) Nonne, a. a. O. pag. 141.

Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten, Rückgang der pathologischen Steigerung der Sehnenreflexe. 4. Myelitis dorsalis spastika mit Anisokorie und Lichtträgheit der Pupillen; subjektive und objektive Heilung im Laufe von etwa zwei Wochen. Fünfter und sechster Fall, der objektive Befund blieb unverändert. — Tabes dorsalis; neun injizierte Fälle. Ein Fall mit reflektorischer Pupillenträgheit, Verlust eines Patellar- und beider Achillessehnenreflexe und mit doppelseitiger Abduzensparese; drei Wochen nach der Injektion waren beide Achillesreflexe wiedergekehrt und die Pupillenreaktion prompt; Nonne bemerkt, daß dieser Fall sich noch im Stadium des Schwankens der Sehnenreflexe befand. Die anderen Fälle von Tabes zeigten keine Veränderung. — Paralyse; vier scheiden wegen noch zu kurzer Beobachtungsfrist aus. In einem Fall (Entwicklung der paralytischen Symptome im Anschluß an eine arteriitische Hemiplegie) zuerst erhebliche Euphorie und objektive Besserung der psychischen Symptome, aber nach vier Wochen paralytischer Anfall und darauffolgende Verschlimmerung des psychischen Zustands. — „Bei den behandelten Fällen trat vielfach eine (meist vorübergehende) subjektive Euphorie ein." Nonne meint, daß einige Fälle darauf hinweisen, daß syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems durch Salvarsan unter Umständen schneller günstig beeinflußt werden als durch Quecksilber und Jod; von einem endgültigen Urteil seien wir aber noch weit entfernt.

A. Neisser[81]) meint, die Möglichkeit einer therapeutischen Beeinflussung der Paralyse sei nicht von der Hand zu weisen, da neben den degenerativen Prozessen wohl auch entzündliche und funktionelle eine Rolle spielen, was die spontanen Remissionen vermuten lassen. Es wäre vielleicht nützlicher, eine größere Anzahl von kleinen Dosen hintereinander, natürlich in geeigneten Intervallen, zu verabreichen, als nur mit wenigen größeren Dosen zu arbeiten. Er hält es für möglich, daß es verschiedene Qualitäten des Syphilisgiftes gibt, von denen die eine mehr auf Quecksilber, die andere besser auf die neuen Arsenpräparate reagiert. Es gibt vielleicht ein neurotropes Syphilisgift. Es ist auch möglich, daß neben der Spirochätenform eine andere Form des Virus existiert, die sich vielleicht einmal mit einer besonderen Färbemethode bei der Paralyse nachweisen lassen wird. Er erinnert an die granuläre Form des Tuberkulosevirus. Gerade mit Berücksichtigung der Paralyse stellten wir die Forderung auf, jeden Syphilitiker so lange zu behandeln, bis die positive Reaktion dauernd in eine negative verwandelt worden ist. Die Frage, ob eine definitive Heilung eingetreten ist, wenn z. B. im Laufe eines Jahres drei- oder viermal hintereinander, ohne jede Behandlung, eine Reaktion negativ geblieben ist, diese Frage kann man immer noch nicht absolut mit „Ja" beantworten. Man darf nicht ohne weiteres sagen, daß selbst energische und gute Vorbehandlung nicht imstande sei, der Paralyse vorzubeugen, da bei Angabe, es habe eine solche stattgefunden, sich bei genauerem Nachforschen häufig ein entgegengesetztes Resultat ergibt. Namentlich Schmierkuren sind Blender. Man muß zwischen Latenz und Heilung der Syphilis unterscheiden. — Da wir nun gar nicht wissen, in welchem Moment nach der Infektion diejenigen Degenerationen oder entzündlichen Erscheinungen einsetzen, welche sich schließlich als Paralyse äußern, so wissen wir auch nicht, ob wir nicht in all den Fällen, in denen wir erst im Sekundärstadium der Syphilis die Behandlung beginnen, zu spät kommen. Also möglichst frühzeitige Behandlung der Syphilis und eine so lang andauernde, bis die positive Wassermannsche Reaktion dauernd und vollständig geschwunden ist. Wenn dann außerdem die Methode der Salvarsanbehandlung, eventuell ihre Kombination mit Quecksilber und Jod vervollkommnet sein werde, dann werde es sehr wohl möglich sein, die Menschheit von Tabes und Paralyse zu befreien. Man hat „nichts zu verlieren, sondern nur zu gewinnen", wenn man selbst in diagnostisch oder differentialdiagnostisch nicht klar liegenden Fällen von nervöser oder psychischer Erkrankung bei nur leisestem Verdacht auf Lues sofort mit der Behandlung mit 606 plus Quecksilber plus Jod beginnt. Auch in vorgeschrittenen Fällen von Paralyse möchte Neißer zur Behandlung raten, falls die Angehörigen es verlangen, wenn auch in einer Anzahl von Fällen nach 606-Behandlungen schwerere Anfälle eingetreten sind; ob durch die Behandlung, ist nicht erwiesen. Bei den milderen Formen und den Anfangsstadien der Paralyse und der Tabes ist A. Neisser entschieden für den Versuch, eine Behandlung vorzunehmen.

Bonhoeffer[82]) berichtet — mit der Bemerkung, daß seine Erfahrungen noch nicht ausreichend seien, — daß einige Fälle von Paralyse nach Einspritzung des Mittels unbeeinflußt weiter verlaufen, zwei unter Entwicklung von Serien paralytischer Anfälle auffallend schnell zum Exitus gekommen, zwei Fälle ganz frischer paralytischer Erkrankung in der kurzen Beobachtungszeit unbeeinflußt geblieben seien; bei

---

[81]) A. Neisser, Berl. klin. Wochenschrift, 1911, p. 142.

[82]) Bonhoeffer, a. a. O. p. 145.

Hirnlues habe er zwei vorläufig recht gute Erfolge, bei Tabes keine wesentlichen Besserungen gesehen. Man dürfe die therapeutischen Lueserfahrungen nicht ohne weiteres auf die Paralyse übertragen.

Förster[83]: Ein Fall (Paralyse? luetische Pseudoparalyse?) mit Pupillenstarre, + Babinski, Romberg, Hypalgesie, Blasenlähmung, auffallender Reizbarkeit, aufgeregtem, verändertem Wesen, schlechtem Schlaf, Andeutung von Sprachstörungen, im Blut Wassermann +, ebenso im Liquor, 15‰ Eiweiß, enormer Lymphozytose, Nonne +: nach zweimaliger Injektion von 606 à 0,3 zwar keinerlei Einfluß auf die klinischen Symptome, aber Verschwinden des Wassermann im Blut und Liquor, Verschwinden der Lymphozytose und der Eiweißvermehrung, nur die Globulinreaktion blieb schwach positiv. — Ein Fall von klinisch-symptomatologisch sicherer Paralyse (nach dem Verhalten des Liquor luetische Pseudoparalyse): durch wiederholte Kalomelkuren und neuerlich durch 606 so erheblich gebessert, daß man versucht sein könnte, eine Heilung anzunehmen; auch die körperlichen Symptome sind bis auf die Pupillenstarre gewichen. „Wegen der Schwierigkeit der Diagnose einerseits (nb. zwischen progressiver Paralyse und luetischer Pseudoparalyse) und wegen der zweifellos vorhandenen Möglichkeit einer recht günstigen Beeinflussung gerade solcher zweifelhafter Fälle andererseits, möchte ich aber für alle diese letzteren einer recht energischen konsequent fortzusetzenden spezifischen Behandlung unbedingt das Wort reden." Bei Tabes dorsalis kann nach 606 manchmal, wie nach Quecksilber, anfangs Steigerung gewisser Symptome, dann Abnahme, beobachtet werden; „gelegentlich können auch durch 606 latente Herde aufgerüttelt werden und dadurch eine Reihe vorher nicht vorhandener Symptome auftreten (Pupillenstarre, Verlust der Sehnenreflexe, Babinski, Krämpfe usw.)". Förster geht auf die günstigen Einwirkungen, die er von 606 gesehen hat, wegen der noch zu kurzen Beobachtungszeit noch nicht näher ein.

P. Schröder[84]: Bei einer vermutlich luetischen degenerativen Erkrankung des Rückenmarks (am ehesten den kombinierten Systemerkrankungen zuzuzählen) auf 606 keine Besserung.

Rille[85]: I. Bei einem 21jährigen kräftigen Patienten, welcher wegen rezenter Syphilis bei einer Krankheitsdauer von zirka zehn bis elf Wochen seit der Infektion 0,45 „606" erhalten hatte, trat vier Wochen nach dieser Einspritzung „eine in den nächsten Tagen sich hochgradig verschlimmernde und ihren Höhepunkt erreichende Schwerhörigkeit (einseitige Neuritis des N. vestibularis und cochlearis) auf, nach 14 Wochen rechtsseitige Fazialislähmung und nach $15^1/_2$ Wochen eine mit rechtsseitiger Stauungspapille einhergehende Sehstörung, nachdem auch noch zwei Tage vor Eintritt der Gesichtslähmung ein papulöses Syphilid an der Haut konstatiert worden war. Die Wassermannsche Reaktion war zur Zeit des Einsetzens der Gehörstörung negativ." Besserung auf Injektion von Hydrargyr. bicyanat. 1%.

II. 18jähriges Mädchen; wegen bereits in spontaner Rückbildung begriffenen Primäraffektes an der Unterlippe, makulopapulösen Syphilides und breiter Kondylome bei einer Krankheitsdauer von $3^1/_2$ bis 4 Monaten nach der Infektion mit 0,45 g „606" behandelt. Zirka $7^1/_2$ Wochen nach dieser Einspritzung Kopfschmerzen und Schwindel, nach $10^1/_2$ Wochen rechtsseitige Fazialislähmung, nach 11 Wochen beiderseitige Neuritis optika und rechtsseitige Trochlearislähmung. Wassermannsche Reaktion 20 Tage nach der Injektion noch positiv. Gleichzeitig mit den Störungen an den Hirnnerven ein Syphilisrezidiv (frisches papulöses Exanthem). Bei Fortbestand der Trochlearislähmung und nach Rückgang der übrigen Erscheinungen (auf sechs Einreibungen mit Quecksilber à 3 g) Wassermannsche Reaktion negativ. — Rille erörtert die Ursache dieser Nervenstörungen und denkt an eine kombinierte Wirkung des Syphilisgiftes und des „toxischen Prinzips des Arsenobenzols". — (Einmal sah Rille eine doppelseitige Peroneuslähmung nach der Injektion von „606", die sich mit unerträglichen Durchfällen und häufigem Harndrang einleitete. — In einem Falle wurde noch nach 64 Tagen in den glutäalen nekrotischen Herden und in der Leber Arsen nachgewiesen.

III. 33jähriger Mann; nach dreimonatiger Dauer der Syphilis 0,7 g „606"; $12^1/_2$ Wochen später hochgradige beiderseitige labyrinthäre Schwerhörigkeit (Pat. war Schmied). Wassermannsche Reaktion war einen Monat nach der Injektion negativ gewesen.

Citron[86]: In einem Falle von Diabetes insipidus schwand die Polyurie in wenigen Tagen nach „606", das spezifische Gewicht des Urins stieg erst allmählich wieder; auch die Polydipsie schwand. Bei einer mit

[83]) Förster, a. a. O. p. 144.

[84]) P. Schröder, Berl. klin. Wochenschrift, 1910, p. 2370.

[85]) Über eventuelle Nebenwirkungen an den Hirnnerven bei Behandlung mit Ehrlichs Präparat 606. Berl. klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 50.

[86]) Demonstration zur Therapie mit 606. Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 49.

„606" behandelten tabischen Frau kehrten die Patellarreflexe wieder und blieben die gastrischen Krisen aus, eine seit langem vorhandene Darmträgheit besserte sich.

Kowalewski[87]): 28jährige Frau, im Frühjahr 1910 Infektion, am 26. Mai 1910 einmalige Injektion mit 606. Heilung der Symptome (Effloreszenzen und Exanthem) in wenigen Tagen. Am 24. Juli heftige, besonders nachts recht quälende Kopfschmerzen, zehn Tage darauf Verschleierung des Sehens und Verdunkelung des Gesichtsfeldes. 22. August: beide Sehnervenpapillen, links mehr als rechts, hyperämisch, getrübt und geschwollen; Netzhautvenen erweitert, stark geschlängelt, Arterien etwas enger als normal. Typische Neuritis optika, und zwar deszendierende Perineuritis, von einer Meningitis ausgehend, die sich in den erwähnten Kopfschmerzen kundgegeben hatte. Sofortige Schmierkur mit „Hageen" 4,0 g pro die brachte in zehn Tagen das Sehvermögen rechts auf die Norm, links auf $^1/_2$, nach weiteren zehn Tagen beiderseits auf 1. „Die Sehnerven konnten bis auf eine geringfügige temporale Abblassung der linken Papille als normal im Augenspiegelbild angesprochen werden."

Schlesinger[88]): „Bei Meningomyelitis luetika wurden einzelne Symptome günstig beeinflußt, in einem Falle sogar das ganze Krankheitsbild, es besserten sich Augenlähmung, Extremitätenparesen und in einem Falle Wurzelneuralgien." Ein Patient mit luetischer Ataxie wurde durch Quecksilber und Jod gebessert, durch 0,5 Arsenobenzol bedeutend verschlechtert; die fast komplette Paraplegie ging nach fünf Wochen unter Quecksilberbehandlung zurück. Ein Fall von Meningomyelitis erfuhr eine Verschlimmerung. Bei schwerer Tabes oder Paralyse ist die Anwendung nutzlos und zu unterlassen.

Fleckseder[89]) sah in einem Falle von Tabes nach der Injektion von 606 eine bedeutende Besserung der äußerst heftigen lanzinierenden Schmerzen; Pat. nahm an Gewicht zu, die Pupillenstarre wurde an einem Auge geringer; Wassermann blieb unverändert. In einem anderen Falle schwanden die schweren gastrischen Krisen nach zwei Injektionen; die Wassermannsche Reaktion wurde negativ.

Mucha[90]): Bei einer Ende Oktober 1910 stattgehabten Apoplexie eines vor zwanzig Jahren infizierten Patienten besserte sich nach der am 5. Dezember 1910 gemachten intravenösen Injektion von 0,4 Arsenobenzol die Bewegungsmöglichkeit der rechten Seite bedeutend.

Johannidès (Kairo)[91]): „In den parasyphilitischen Fällen scheint, soweit meine bisherigen Beobachtungen gehen, die Injektion nur vorübergehend eine bessernde, nicht aber eine heilende Wirkung auszuüben." Er empfiehlt „Etappenbehandlung" (wiederholte schwache Injektionen). (Nebenher sei eine äußerst wichtige Beobachtung Johannidès hier wiedergegeben: Patienten mit geschwollenen Drüsen klagten 24 Stunden nach der Einspritzung, ein bis zwei Tage lang, über leichte nadelartige Schmerzen in der Umgebung der Drüsen, die sich dann zu verkleinern schienen.)

[87]) Neuritis optika als Rezidiv nach Ehrlich-Hata 606. Berl. klin. Wochenschr., 1910, Nr. 47.

[88]) H. Schlesinger, Wien. klin. Wochenschr., 1910, p. 1663.

[89]) Fleckseder, Wien. klin. Wochenschr., 1910, p. 1663.

[90]) Mucha, Wien. klin. Wochenschrift, 1911, p. 185.

[91]) Johannidès, Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Deutsch. med. Wochenschrift, 23. II. 11.

(Fortsetzung folgt)

Mitteilungen.

— Das **Denkmal für Geh.-Rat Prof. Mendel** ist am 2. Juli 1911 in Pankow feierlich enthüllt worden. Seine Aufstellung hat es im Vorgarten des Pankower Krankenhauses gefunden. Der Enthüllung wohnten die Witwe Mendels und seine Töchter und Söhne, ferner die Mitglieder der Pankower Gemeindevertretung, als Regierungsvertreter Hofrat Kredner, Geh. Rat Dr. Stöter von der Brandenburgischen Ärztekammer, Geh. Rat Fränkel vom Urban-Krankenhause und zahlreiche Kollegen des Verstorbenen bei. Ein Choral leitete die Feier ein, dann hielt Bürgermeister Kuhr eine Gedächtnisrede, die die hervorragenden Eigenschaften Mendels hervorhob und namentlich seine Beziehungen zu Pankow darlegte. Darauf fiel die Hülle von dem Denkmal. Ein Sängerchor stimmte den Pilgerchor aus „Tannhäuser" an, worauf die zahlreichen Kranzniederlegungen erfolgten. Besonders herzliche Worte widmete dabei Geh. Rat Hirschberg dem Andenken des Verstorbenen, den er als Leuchte der Wissenschaft, als einen Streiter für Freiheit und Recht, als wahren Menschenfreund und sorgenden Familienvater rühmte. Es wurden Kränze niedergelegt von seiten der medizinischen Fakultät der Universität, der Ärztekammer der Provinz Brandenburg, der Medizinischen und Hufelandgesellschaft, der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,

der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, des Vereins der Ärzte des Kreises Niederbarnim, des Ärztevereins Pankow-Niederschönhausen, des landwirtschaftlichen Vereins der Sanitätsoffiziere, der freien wissenschaftlichen Vereinigung, des Vaterländischen Frauenvereins des Kreises Nieder-Barnim, der Pestalozzi-Stiftung, der Gemeinde Pankow und des Pankower Bürgervereins. (Voss. Zeitg.)

Referate.

— Jung, C. G., Dr. med. et jur., Privatdozent der Psychiatrie an der Universität Zürich, Über Konflikte der kindlichen Seele. Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. II. Band. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1910. 26 S.

Freud'sche Psychoanalyse des Sexuallebens und sexuelle Aufklärung eines vierjährigen Mädchens (!) durch die Eltern. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Dresden.** Die Oberärzte an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Geh. Sanitätsrat Dr. Ganser, Sanitätsrat Dr. Hecker und Dr Nitsche erhielten den Diensttitel „Dirigierender Arzt"; die Anstaltsärzte (Oberarztstellvertreter) Dr. Germanus Flatau, Dr. Schob und Dr. Duncan Campbell den Diensttitel „Oberarzt". Es gibt nunmehr an der Anstalt folgende Arztstellen: 3 Dirigierende Ärzte, 5 Oberärzte, 7 Anstalts- und Hilfsärzte.

— **Sonnenstein** b. **Pirna.** Aus Anlaß der Hundertjahrfeier der Kgl. Sächs. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein wurden vom König von Sachsen folgende Auszeichnungen verliehen: Der Direktor Medizinalrat Dr. Ilberg erhielt den Titel Obermedizinalrat, Sekretär Albert das Albrechtskreuz, Oberpfleger Winkler das Ehrenkreuz mit der Krone und Oberpflegerin Nickel das Maria-Anna Kreuz.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 16. 15. Juli **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Zum Verlauf chronischer Psychosen beim Verbrecher. Motiviertes Gutachten. Von Oberarzt Dr. Linke, Lüben in Schlesien. (S. 149.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 153.) — Mitteilungen (S. 156): Die Organisation des Fürsorgeamts für entlassene Geisteskranke in Berlin. Tötung eines Geisteskranken durch einen anderen in Weinsberg. — Referate (S. 157). — Personalnachrichten (S. 157). — Pharmakologisch-Therapeutisches (S. 157).

Zum Verlauf chronischer Psychosen beim Verbrecher.

Motiviertes Gutachten.

Von Oberarzt Dr. *Linke*, Lüben in Schlesien.

Die Veröffentlichung nachstehenden Gutachtens dürfte gerechtfertigt sein, weil der Fall in schöner Weise demonstriert, wie die chronische Psychose des Gewohnheitsverbrechers ein recht verschiedenes Gesicht zeigen kann, je nach dem, was „dem Verbrecher bevorsteht“, also unter dem Einfluß physiologischer, der jeweiligen Situation durchaus entsprechender Gemütsbewegungen. Die Verhaftung bringt ein jähes Aufflackern der krankhaften Erscheinungen, die sich dann während der Untersuchungshaft und während der Beobachtung in der Anstalt im Vordergrund des psychischen Bildes halten; ist nach Freispruch oder Einstellung des Verfahrens die Aufnahme in die Irrenanstalt erfolgt, so sinken die psychotischen Erscheinungen im engeren Sinne bald zurück. Beides zeigt sich im vorliegenden Falle so prompt, daß der Kranke von anderen Beobachtern schon für geistig gesund oder für einen Simulanten erklärt wurde.

Noch leichter können solche Fälle zu Differenzen in der Beurteilung Anlaß geben, wenn der Wiedereintritt der Strafvollzugsfähigkeit zur Entscheidung steht. Der Verbrecher ist dann tatsächlich ein anderer, je nachdem er sich noch in der Irrenanstalt oder wieder in der Strafanstalt befindet.

Gutachten.

Gemäß Beschluß der I. Strafkammer des Königl. Landgerichts G. vom 9. März 1910 erstatte ich in der Strafsache wider den Zigarrenmacher Josef Br. das folgende motivierte Gutachten.

Br. ist am 10. Oktober 1864 zu Barzdorf (Östr.-Schles.) geboren, katholischer Konfession. Sein Vater soll Trinker gewesen sein, von seinen acht Geschwistern sollen mehrere wegen Betrug und Diebstahl bestraft sein. Eine geordnete Erziehung im Elternhause hat er nicht genossen, im Schulunterricht erwies er sich als gut begabt. Schon als Schulknabe machte er sich mehrfach des Diebstahls schuldig. Nach seinem Austritt aus der Schule hielt er dann in keiner Lehre aus, trieb sich herum, beging Diebstahl auf Diebstahl. In den Jahren 1878 bis 1896 wurde er fünfmal im Inlande und fünfmal im Auslande wegen Vagabondage, Diebstahl und Einbruch mit Arbeitshaus, Gefängnis, Zuchthaus, Arrest und schwerem Kerker bestraft. — Im Jahre 1895 hat sich Br. in Brieg in Schlesien verheiratet, lebte aber mit seiner Frau nur ungefähr ein Jahr zusammen. Die Ehe wurde später auf Antrag der Frau gerichtlich geschieden.

In den Jahren 1892 und 1893, während Br. in der Strafanstalt zu R. eine fünfjährige Zuchthausstrafe verbüßte, werden bei ihm zum ersten Mal Handlungen beobachtet, die auf vorübergehende geistige Alteration schließen lassen. So brachte er sich einmal eine Schnittwunde am Hoden bei. Er habe an Verblutung sterben wollen, gab er an, weil er sich stets in beklemmender Angst befinde und als Zuchthäusler ein blamierter Mensch sei. Ein anderes Mal zündete er sein Bettzeug an, klingelte dann, als er zu ersticken fürchtete. Er habe das Zuchthaus anzünden wollen.

Von 1896 ab verbüßte Br. eine Zuchthausstrafe von sechs Jahren in der Strafanstalt zu Str. Während dieser Zeit, im Mai 1897, wurde er vom österreichischen Landgericht Tr. wegen eines früher begangenen Diebstahls noch zu zwei Jahren schweren Kerkers verurteilt. Wegen dieser Verurteilung begann Br. in der Folgezeit während der weiteren Strafver-

büßung zu querulieren, später äußerte er Verfolgungsideen und bekam Erregungszustände, was seine Überführung nach der Beobachtungsstation des Strafgefängnisses zu B. (Preußen) am 15. Mai 1898 zur Folge hatte. Nach sechsmonatiger Beobachtung erklärt ihn Dr. B. für geisteskrank, strafvollzugsunfähig und anstaltspflegebedürftig. Am 17. Februar 1899 erfolgte daher seine Überführung nach der österreichischen Irrenanstalt T. Hier verblieb er drei Jahre. Am 15. Februar 1902 entließ ihn die T.er Anstalt als geheilt und strafvollzugsfähig nach der österr. Strafanstalt M. zur Verbüßung der zweijährigen Kerkerstrafe.

Drei Monate nach seiner Entlassung aus M., am 30. Mai 1904 wurde Br. bereits wieder in Br. in Preußisch-Schlesien wegen Diebstahl verhaftet. Die Gutachten des Gerichtsarztes Dr. M. und des Arztes der Beobachtungsstation Dr. St. erklärten ihn wiederum für geisteskrank, unzurechnungsfähig und anstaltspflegebedürftig. So kam er am 2. August 1904 zum zweiten Male nach T. (Österreich). Dort nahm er bald ein ruhiges, korrektes Wesen an; am 5. Okt. 1904 wurde er bereits wieder als geheilt entlassen.

Schon am 11. Dezember 1904 wurde er wieder in Br. (Preuß.-Schles.) bei einem Einbruchsdiebstahl verhaftet. Da er das Schriftstück, wonach das Strafverfahren gegen ihn wegen Geisteskrankheit eingestellt war, bei sich trug, kam er wieder nach der Irrenabteilung des Br.'er Gefängnisses und von da am 16. Februar 1905 zum dritten Mal nach der Anstalt T. (Österreich), die ihn am 24. April 1905 als „ohne Geistesstörung aufgenommen" entließ.

Bald darauf wurde er wieder in Br. (Preußen) bei einem Einbruchsdiebstahl betroffen, zum vierten Mal nach der Irrenabteilung und am 3. Oktober 1905 zum vierten Mal nach T. (Österreich) gebracht. Hier trat er jetzt mit der Behauptung hervor, er habe bei seiner letzten und vorletzten Verhaftung in Br. simuliert. In seiner Stimmung war er sehr labil, dauernd äußerst reizbar und schwer zufrieden zu stellen. Wahnideen sollen nicht bestanden haben. Am 14. Febr. 1906 wurde er aus der Anstalt T. entlassen.

Noch in demselben Monat wurde er in Preußen wegen eines in Oberau Krs. Goldberg verübten Einbruchs wieder in Haft genommen. Während der Untersuchungshaft verlangte Br. in langen Schreibereien eine erneute Begutachtung seines Geisteszustandes in einer Anstalt. Für die Zeit der Tat wollte er diesmal keine Erinnerung haben. In G., wo Br. sich nach seiner Verhaftung zunächst wegen Bettelns zu verantworten hatte, erklärte ihn der zunächst als Sachverständiger vernommene Kreisarzt für „chronisch irre". Der Gerichtsarzt zu L. hielt ihn für nicht geisteskrank, zurechnungsfähig und der Simulation verdächtig, beantragte aber zur Sicherheit noch eine sechswöchentliche Beobachtung in einer Irrenanstalt. Diese erfolgte vom 23. Juli bis 1. Sept. 1906 in der Anstalt P. (Preuß.-Schles.). Das von Dr. S. in P. abgegebene Gutachten kam zu dem Schluß, daß bei Br. die Zurechnungsfähigkeit für die Zeit der Begehung der Tat nicht auszuschließen, daß er augenblicklich aber für geisteskrank und anstaltspflegebedürftig zu erachten sei. Der angebliche Erinnerungsdefekt sei erlogen. Auf Grund dieses Gutachtens kam Br. zunächst nach der Anstalt B. (Preuß.-Schles.) und von da am 30. November 1906 zum fünften Mal nach T. (Österreich).

Wie aus einem später von dem Direktor der Anstalt K. in der Schweiz abgegebenen Gutachten ersichtlich ist, wurde Br. am 4. April 1907 aus T. (Österreich) nach der Schweiz entlassen. Dort lebte er mit einer Witwe im Konkubinat, arbeitete an verschiedenen Orten als Zigarrenmacher, eine Zeitlang in einer Saline; einmal suchte er in der Anstalt B. in der Schweiz als Wärter anzukommen.

Am 26. Februar 1909 wurde Br. wegen eines auf der Eisenbahnstation St. in der Schweiz verübten Einbruchdiebstahls wiederum verhaftet. Obwohl eine Haussuchung die gestohlenen Sachen zutage förderte, leugnete er die Tat; er „simulierte Geistesstörung", wie es heißt, und wurde zur Beobachtung nach der Anstalt K. in der Schweiz gebracht. Dort war er in der Unterhaltung mit dem Arzt grob und ausweichend, erklärte schließlich, er werde schweigen, man könne ihn ja beobachten.

In verschiedenen Schreiben, die er an Behörden und an seine Konkubine richtete, sprach er von sichtbaren und unsichtbaren Feinden, behauptete nachts von den Ärzten elektrisiert zu werden, wovon er Angst und Kopfschmerz bekomme, fürchtete langsam umgebracht zu werden.

Das Gutachten kam zu dem Schluß, Br. sei ein „geborener Verbrecher", der zurzeit Geisteskrankheit vortäusche. Daraufhin wurde er zu sechs Monaten Zuchthaus verurteilt, die er in der Strafanstalt L. in der Schweiz verbüßte. Am 21. Nov. 1909 wurde er aus dieser entlassen.

Nach einer bei den Akten befindlichen Auskunft hat Br. in L. ein auffälliges Wesen gezeigt. Hier in Lüben erzählte er, den größten Teil seiner Strafe habe er in L. in strengem Arrest verbringen müssen.

In der Nacht vom 23. zum 24. Dezember 1909 wurden aus der Bahnhofswirtschaft zu Marklissa in Schlesien (Preußen) durch Einbruch zwei Flaschen

Schnaps, gegen 150 Zigarren, ein Paar Handschuhe und einige Schachteln Pfefferminzplätzchen und Streichhölzer gestohlen. Es hatte den Anschein, als wäre der Einbruch von zwei Personen verübt worden. Am Morgen nach der Tat wurde nun Br. an einem Wege liegend, in schwer betrunkenem Zustande aufgefunden. Neben ihm lag eine der gestohlenen Flaschen und zwei Schachteln Pfefferminzplätzchen. In seinen Taschen fanden sich siebzig Zigarren, die gestohlenen Handschuhe und Streichhölzer. Auf einer Karre wurde Br. zum Amtsvorstand nach Rengersdorf gebracht. Als er vernehmungsfähig geworden, leugnete er die Tat. Er sei mit einem unbekannten Manne, von Beruf Töpfer, von Hirschberg nach Lauban gefahren, sie hätten zusammen viel Schnaps getrunken. Der Töpfer fuhr nach Görlitz weiter, er selbst ging zu Fuß nach Marklissa und irrte dort umher. Wie die Sachen in seine Taschen gekommen, wisse er nicht. Dasselbe sagte er aus bei seiner gerichtlichen Vernehmung in M. Als ihm dort die Aussage des Gensdarmen entgegengehalten wurde, erklärte er: „Ich kann nicht ja sagen und auch nicht nein."

Mit der zweiten Woche Untersuchungshaft beginnen nun wieder die langen Rechtfertigungs- und Beschwerdeschriften Br.s. Er protestiert zunächst dagegen, daß man ihn ohne Grund gewarnt habe, den wilden Mann zu spielen. Er sei unheilbar geisteskrank und gegen seinen Willen aus der Anstalt T. entlassen worden. Seine Aufregung und Angst nähmen zu und er schlafe nicht mehr. In späteren Schreiben äußert er dann eine Fülle von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Die Zelle strotzt von Elektrizität. Im Jahre 1898 hätte ihn Dr. B. in Br. durch Röntgenstrahlen gehirnkrank gemacht, ihm ein Instrument in den Kopf gebracht, von dem er dauernd Sausen und Schmerzen habe. Dr. B. machte sich damit zum Werkzeug des Str.er Zuchthausdirektors, der ihn vernichten wollte. Wiederholt stellte er den Antrag, in einer Anstalt beobachtet zu werden. Gegen die Anstalten T. und K. erhob er allerhand Beschuldigungen; die seien auch nur auf seine allmähliche Vernichtung bedacht, ebenso der G.er Gefängnisarzt Dr. Sch. Man solle seine Tötung aufschieben, bis er vom Minister Bescheid bekomme. Dr. Sch. konnte in seinem Gutachten zu einem abschließenden Urteil nicht kommen und beantragte in der Hauptverhandlung vom 9. März 1910 die Beobachtung des Angeklagten in einer Irrenanstalt. Das Gericht beschloß demgemäß. Am 31. März 1910 wurde Br. der hiesigen Anstalt zugeführt.

Er ist ein mittelgroßer, leidlich kräftig gebauter Mann in mäßigem Ernährungszustande, das Gesicht zeigt etwas fahle Farbe, Haupthaar und Bart sind im Ergrauen; die Ohrläppchen sind völlig angewachsen.

Das Herz ist etwas nach links vergrößert, der Puls ist klein, in Frequenz etwas gesteigert, die Herztöne sind leise, rein. Es bestehen keine Sensibilitätsstörungen. Die gespreizten Finger zeigen leichtes Zittern, im übrigen ist die Motilität ungestört. Der Kniesehnenreflex ist beiderseits gleich matt. Die Pupillen sind gleich weit, reagieren prompt.

Während seines hiesigen Aufenthaltes zeigte Br. dauernd das gleiche Verhalten. Er war ruhig, äußerlich geordnet, fügte sich willig der Anstaltsordnung. Nachdem er das Bett verlassen hatte, ging er den Pflegern auf der Station stets gern zur Hand. Zeitweise beschäftigte er sich mit Lesen, ab und zu spielte er mit anderen Pfleglingen Karten.

Zum Personal sprach er wohl über frühere Erlebnisse, aber nicht über seine vermeintlichen Feinde und Verfolgungen. Seine Miene war stets finster, mürrisch, mitunter verängstigt, der Blick scheu und unstet. Im Gespräch mit dem Arzt äußerte er rückhaltlos eine Fülle von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Dabei geriet er stets in eine zunehmende Erregung. Die Sprache wurde hastig und vibrierend, die Gesichtsmuskulatur begann zu zucken, er nestelte an seinen Fingern und Kleidern herum, fing oft an heftig zu weinen. Von Anfang an äußerte er den Wunsch, sein Kopf möge geöffnet werden, damit man sich von dem krankhaften Zustande seines Gehirns überzeugen könne. Seit langen Jahren leide er unter schweren Schädigungen, die ihm Dr. B. in Br. schon im Jahre 98 zugefügt habe. Dr. B. machte sich damals zum gefälligen Werkzeug des St.er Strafanstalts-Direktors. Dieser hatte eine seiner Beschwerdeschriften unterschlagen. Da er dies anzeigen wollte, fürchtete der Direktor bestraft zu werden und suchte ihn nun zu vernichten. Er schickte ihn zu Dr. B., den er bestochen hatte. Dieser betäubte ihn durch eine Einspritzung; im Schlafe versengte er ihm dann das Gehirn mit Röntgenstrahlen und setzte ihm einen Apparat in den Kopf, der ihm dauernd Sausen und Kopfschmerzen macht. Durch den Apparat steht auch Dr. B. mit ihm in steter Verbindung, weiß alles von ihm, lenkt seine Gedanken und treibt ihn umher. Das ist elektrische Seelenwanderung. Wo er hinkommt, in T., in K., in G., sind die Ärzte immer schon über ihn orientiert durch Dr. B. und helfen diesem, ihn langsam zu vernichten. Wenn die hiesigen Ärzte Dr. B. auch kennten, würde bei der hiesigen Beobachtung für ihn nichts Gutes herauskommen können.

Der Direktor in T. habe ihn immer gegen seinen Willen entlassen. Dr. V. in T., der ihn vor Gericht für gesund erklärte, habe einen Meineid geleistet, nur um Dr. B. zu retten. Mit dem Gelde, das man ihm auf sein Verlangen aus T. nach der Schweiz gesandt habe, lasse er sich nicht abspeisen. Er verlange von Dr. B. 40000 M. Schadenersatz. Ein internationaler Gerichtshof müsse eingesetzt werden unter Vorsitz des Kaisers Dann würde alles herauskommen. An die Witwe, mit der er in der Schweiz lebte, hat der Direktor von T. geschrieben, sie solle nicht mehr mit ihm verkehren. Wahrscheinlich seien auch von T. aus seine Vorstrafen an einen Gerichtssekretär gemeldet worden. Dieser erzählte dort im Gesangverein davon, danach brachten ihm seine Mitarbeiter in der Zigarrenfabrik eine Katzenmusik, so daß er schließlich seine Arbeitsstelle wieder verlassen mußte. Der G.er Gefängnisarzt Dr. Sch. hat von Dr. B. jetzt den Auftrag übernommen ihn umzubringen. In der Zelle ging die Elektrizität durch seinen ganzen Körper. Es sauste und blitzte. Man wolle ihm alles versengen und verbrennen, daß er sollte hinfallen und tot sein. Einmal kam in G. der Inspektor zu ihm nachts in die Zelle mit einem Revolver. Er wollte ihm damit zeigen, daß er sterben müßte. Der Aufseher sagte einmal vor der Zellentür: „Das Aas lebt noch!" „Ich sollte mich dort nämlich aufhängen." „Hier hat der Oberpfleger am vierten Tage schon an meinem Bett zum Arzt gesagt: „Der simuliert." Dann ist ja mein Gutachten schon fertig." — Von dieser Idee war B. trotz aller Versicherung, daß er sich täusche, nicht abzubringen.

Den Einbruch in Marklissa habe er nicht verübt, daß die gestohlenen Sachen sich bei ihm fanden, sei wohl wieder ein Werk B.s. Der habe wahrscheinlich durch seine Seelen einen angestiftet, ihm die Sachen zuzustecken.

Das psychische Bild, das Br. bietet, hat im Laufe der Jahre von seiten der verschiedenen Begutachter eine verschiedene Beurteilung erfahren. Anfangs nahm man bei Br. eine chronische, fortschreitende Geistesstörung an, später war man geneigt, akute, in Genesung ausgehende Attacken von Geistesstörung anzunehmen. Zuletzt hielt man ihn für einen Simulanten. Die Grundlage für die spätere psychische Entwicklung des Br. bildet sicher eine angeborene Minderwertigkeit charakterisiert durch Hang zur Lüge, unstetes Leben, Arbeitsscheu, frühe Neigung zu Diebstahl und Alkoholexzessen. Unterstützend wirkte hierbei der Mangel einer eigentlichen Erziehung. Einen geborenen Verbrecher im Sinne Lombrosos wird man Br. meines Erachtens kaum nennen können. Hierzu ist der ethische Defekt nicht schwer genug, auch fehlt seinem Verbrechertum das Konsequente und Leidenschaftlich-triebartige. Man wird ihn mehr zu den sogenannten „Haltlosen" zu rechnen haben, aus denen sich die Vagabunden vorwiegend rekrutieren.

Bei der Beurteilung des psychischen Bildes, das Br. zur Zeit darbietet, wird man auf die Diagnose „chronische fortschreitende Seelenstörung" zurückgreifen können, die Dr. B. bereits im Jahre 1898 gestellt hat. Der Verdacht einer Simulation erscheint nicht begründet. Im einzelnen könnte wohl auch ein Simulant die von Br. geäußerten Ideen produzieren; ein so lückenloses, geschlossenes Wahnsystem aber zu konstruieren, wie es Br. vorbringt, dürfte einem Simulanten seines Bildungsgrades nicht gelingen, und überhaupt nicht simulieren läßt sich der sichtlich schwere Affekt, der sich bei Br. stets einstellt, wenn man auf seine vermeintlichen Verfolgungen zu sprechen kommt. Br. ist hier bei der Schilderung seiner Qualen mehrfach in heftiges Weinen ausgebrochen, das keinesfalls „gemacht" sein konnte. Es wäre ferner schwer zu verstehen, wenn ein Simulant seine Ideen nur grade vor den Ärzten produzieren sollte, bei denen er am meisten Achtsamkeit und Kritik voraussetzen muß. Daß er in Österreich selbst erklärt hat, er habe in Preußen simuliert, kann an unserer Auffassung nichts ändern. Es ist sehr wahrscheinlich, daß er dort jedesmal, wenn er „geheilt" erschien, mit Geschick dissimuliert hat, um eher aus der Anstalt wieder entlassen zu werden, und die Annahme, daß es sich bei Br. jedesmal um Attacken neuer Erkrankung handele, die dann in Heilung übergingen, hat wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Dazu hätten bei ihm die Störungen doch in jedem Falle gar zu prompt mit der Verhaftung nach einer Straftat eingesetzt. Viel näher liegt die Annahme, daß eine Korrektur der wahnhaften Vorstellungen überhaupt nicht erfolgt war, daß vielmehr die Wahnideen, wenn sie nicht bewußt dissimuliert wurden, nur jedesmal etwas verblaßten, zurücktraten, um dann unter dem Einfluß des Affekts nach der Verhaftung sofort wieder mit alter Stärke hervorzubrechen und bestimmend auf sein Denken und Tun einzuwirken.

Noch heute behauptet er, im Jahre 1898, als er zum erstenmal in psychiatrische Behandlung kam, überhaupt nicht geisteskrank gewesen zu sein. Damals hätte es sich nur um Unterdrückung, Verfolgung und Rache von seiten des Str.er Strafanstaltsdirektors gehandelt. Von dieser Vorstellung ausgehend hat er dann seinen Wahn weiter ausgebaut. Daß Br., auch wenn er sich in Freiheit befindet, doch ge-

neigt ist seine Situation in krankhafter Weise zu deuten, geht deutlich hervor aus einem Bericht des Geistlichen zu Rh. i. d. Schweiz. Dieser schreibt über Br., wie in dem Gutachten aus der Anstalt K. erwähnt wird, Br. sei durch sein argwöhnisches Wesen aufgefallen und habe sich verfolgt geglaubt.

Nach alledem kann man bei Br. eine chronische Geistesstörung annehmen, deren einzelne Phasen nur, was bei der degenerativen Basis nicht überraschen kann, nicht immer die gleiche Färbung zeigen. Bald wird das Bild im wesentlichen beherrscht von krankhaften Sensationen, hypochondrischen Befürchtungen und Angstzuständen mit einzelnen Sinnestäuschungen, bald herrscht mehr ein gesteigertes Selbstgefühl vor, sowie Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, Sucht zu Widerspruch und Querulieren. Es ist durchaus nicht ausgeschlossen, daß ab und zu auftretende Zustände von Verstimmung, innerer Unruhe und Beängstigung Br. zum Trinken und Vagabondieren veranlassen und ihn dann mit dem Strafgesetz in Konflikt bringen. Es klingt entschieden echt, wenn Br. hier sagte: „Mitunter kommt die Unruhe, daß ich reisen muß", und ein andermal: „Ich kann nicht dafür, daß ich solche Angst bekomme. Ich bin manchmal nachts in Schweiß gebadet vor Angst. Ich muß dann fort; nach einigen Tagen ist es besser." —

Handelt es sich bei Br. um eine seit 1898 bestehende, ununterbrochen fortschreitende Geistesstörung, so hat diese auch zur Zeit der Begehung der ihm jetzt zur Last gelegten Straftat bestanden. Es würde sich demnach eine Erörterung der Frage erübrigen, ob der Erinnerungsdefekt, den Br. für die Zeit der Tat vorgibt, in Wirklichkeit besteht. Es kann sich hierbei einfach um Lüge handeln. Andrerseits ist es nicht ausgeschlossen, daß Br. bei seiner psychopathischen Minderwertigkeit gegen Alkohol intolerant ist, so daß er vielleicht die Tat — die Richtigkeit seiner Angaben vorherigen Schnapsgenuß betreffend vorausgesetzt — in einem pathologischen Rauschzustand begangen hat, der einen Erinnerungsausfall hinterließ. Unterstützend wirkte hierbei vielleicht der unmittelbar nach der Tat reichlich genossene Alkohol. Daß man einen Teil der gestohlenen Sachen bei ihm findet, führt er dann wieder auf feindliche Machinationen Dr. B.s zurück. Die Möglichkeit, daß er die Tat begangen habe und sich ihrer nur nicht erinnern könne, hat er hier jedenfalls zugegeben. Mit Sicherheit aber wird heute nicht mehr festzustellen sein, ob ein pathologischer Rauschzustand wirklich vorgelegen hat.

Zusammenfassend lautet mein Gutachten dahin:

1. Br. ist von Haus aus psychopathisch-minderwertig und zur Zeit geisteskrank. Er leidet an chronischer Verrücktheit.

2. Br. befand sich zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Straftat, in der Nacht vom 23. zum 24. Dezember 1909 in einem Zustande krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Nachtrag: Nach einer Mitteilung der Staatsanwaltschaft zu G. ist Br. im Juni 1910 nach Einstellung des Verfahrens zum sechsten Mal nach Österreich abgeschoben worden. Es dürfte fraglich sein, ob damit sein preußisch-österreichisches Hin- und her abgeschlossen sein wird.

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Fortsetzung.)

Beck[92]): 1. Luetische Vestibularaffektion und Chorioiditis; am 9. August 1910 0,4 g 606 wegen Papeln. In der fünften Woche nach der Injektion plötzliches Auftreten von Schwindel und Erbrechen, innerhalb von zirka 2½ Monaten stetig zunehmend und allmählich abklingend. Am 22. November 1910 nur spurweise angedeuteter, spontaner Nystagmus, keine Gleichgewichtsstörungen und ein Gehör von 7 m für akzentuierte Flüstersprache auf beiden Ohren; Vestibularapparat der rechten Seite für alle ihm zugeteilte Reize total unerregbar. Auf derselben Seite Chorioditis peripherika. Am 2. Dezember Schwindel und Gleichgewichtsstörungen ganz abgeklungen; Unerregbarkeit des Vestibularnerven besteht weiter. Beck vermutet Degeneration des Nervus vestibularis (ähnlich der von Röthig experimentell bei Mäusen erzeugten). — 2. Patient, der am 7. September 1910

[92]) Beck (Wien), Wien. klin. Wochenschrift, 1910, p. 1771. Sitzungsbericht vom 2. XII. 10. Siehe früher bei Beck, wo es „drei" statt „vier" Fälle heißen muß.

0,5 Salvarsan erhalten hatte. Mitte Oktober fing er an schlecht zu hören und konnte nicht mehr gerade gehen, sondern wich immer nach rechts ab; er hatte das Gefühl, daß sein Magen schaukle, und Erbrechen. Diese Erscheinungen wurden allmählich schwächer. Am 27. November 1910: spontaner Nystagmus von vestibulärem Typus vorwiegend nach links; hochgradige Schwerhörigkeit rechts; Mittelohr intakt. Vestibularapparat für alle Reize total ausgeschaltet. Subjektive Vestibularsymptome klingen allmählich ab bei objektiv nachweisbarer Ausschaltung des Vestibularapparats. Schwerhörigkeit bestand zur Zeit der Berichterstattung (2. Dezember 1910) ebenfalls noch. — 3. Pat., die am 29. August injiziert worden war; sieben Wochen später Schwindel, Brechreiz, Abnahme des Hörvermögens, beträchtlich verminderte Erregbarkeit des Vestibularapparats beiderseits; Lähmung aller drei Äste des rechten Fazialis, Druckempfindlichkeit der rechten Trigeminusäste. Parese des rechten Gaumensegels. („Polyneuritis zerebralis meniériformis" [v. Frankl-Hochwart]). Die Initialsklerose der Lues war kupiert, Erscheinungen sekundärer Lues nicht aufgetreten. — Sämtliche drei Patienten gaben mit Bestimmtheit an, vorher niemals die geringsten Hörstörungen oder Schwindelgefühl gehabt zu haben, Wassermann bei Pat. 1 und 2 konstant negativ, bei 3 seit zwei Tagen vor der Berichterstattung (2. Dez. 1910) positiv. Auf den ersten Fall kam Beck später nochmals zurück (Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 13). Bei stets negativer Wassermannscher Reaktion erneuter Schwindel, Ausschaltung des linken Vestibularapparates, rapide Abnahme des Gehörs. Beck glaubt nicht, daß hier Salvarsan die Symptome verursacht hat, aber auch Lues als Ursache sei nicht plausibel.

Sprinzels[93]): Pat., vor fünf Monaten luetisch infiziert, vor vier Monaten Salvarsan-Injektion. Drei Monate darauf Schluck- und Schlingbeschwerden; kurz nachher plötzlich Auftreten von Sprachstörung (näselnde Sprache). Leichte Gleichgewichtsstörung. Lähmung des linken Gaumensegels. Romberg angedeutet. Wassermann positiv. Mäßige Steigerung der Erregbarkeit beider Vestibularnerven. Sprinzels vermutet, daß diese Art des Rezidivs in Beziehung zur Salvarsan-Injektion zu bringen ist.

Finger[94]): Eine Frau mit frischer rechtsseitiger Hemiparese bei ein Jahr alter Lues — es bestanden nebenbei noch Papeln im Gesicht, diphtheroide Papeln an den Gaumenbögen; sechs Salizylinjektionen hatten keine Besserung gebracht — wurde mit 0,4 Arsenobenzol (nach Wechselmann) mit dem Erfolg behandelt, daß die Parese der oberen Extremität wesentlich zurückging, die der unteren deutlich. Eine Frau mit Paraphasie auf Basis älterer Lues zeigte deutliche Besserung der Sprache auf 0,4 Arsenobenzol subkutan nach Wechselmann. Eine Chorioiditis und Neuroretinitis luetika bei einem Patienten mit acht Jahre alter Lues und positivem Wassermann erfuhr auf 0,6 Arsenobenzol in saurer Lösung keine Besserung. — Finger teilt weiter vier Fälle mit, deren Deutung, ob luetische oder toxische Nervenerkrankung oder beides kombiniert vorliegt, ihm schwierig scheint. 1. Ein 19jähriges Mädchen. Auf 0,45 neutrale Suspension nach Wechselmann in die Glutaei am 2. August schwanden die etwa acht Wochen alten Symptome der Lues rasch (multiple Sklerosen, induratives Ödem, beginnende Roseola). Am 30. September war auch die Wassermannsche Reaktion negativ. Am 5. Oktober neue Klagen über Beschwerden (seit acht Tagen): heftiger Kopfschmerz, Schwindel und Sehstörung. Die Untersuchung ergab: rechtsseitige Okulomotoriusparese, Lähmung des Levator palpebrae superioris und des Rektus internus, links beginnende Neuritis optika. Wassermann wieder positiv. Am 12. Okt. nochmals 0,45 Arsenobenzol in saurer Lösung; bis 28. Oktober kein Erfolg; ebensowenig auf die nun eingeleitete Quecksilber-Jodbehandlung, vielmehr trat Neuritis des rechten Optikus hinzu. — 2. Ebenfalls 19jährige Patientin. Am 20. Juli wegen drei Monate alter Lues (papulöses Exanthem, Papeln an den Tonsillen und am Genitale) 0,4 nach Wechselmann in den Glutaeus injiziert. Bis 5. August gingen alle Erscheinungen zurück. 18. Oktober Klage über Sehstörung. Die Untersuchung ergab Abduzenslähmung. Sonst keine Erscheinungen von Syphilis. — 3. 22jähriger Patient, seit zwei Jahren wegen Lues maligna mit Quecksilber, Jod, Arsazetin, Enesol behandelt. Am 6. Juli wegen Gummen der Nase und des Pharynx 0,4 nach Wechselmann intraglutäal. Am 13. Juli waren die Syphiliserscheinungen wesentlich gebessert. Am 5. September neues Gumma am Septum nasi. Am 5. Oktober Sehstörungen: träge Pupillenreaktion, Anisokorie, beiderseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes, Abblassen der temporalen Hälfte beider Papillen (beginnende Optikusatrophie). — 4. 28jähriger Patient mit fünf Monate alter Lues (luxurierende Papeln am Genitale und Anus, Alopezia aveolaris); am 8. August 0,45 nach Wechselmann. Verheilung der Papeln am 24. August, Wassermann am 3. Okt. negativ. Am 10. Nov. Chorioiditis peri-

---

[93]) Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 13.

[94]) Finger, Die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Arsenobenzol. Wien. klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 47, p. 1167.

pherika des rechten Auges und zentrale Glaskörpertrübung. — 5. 22jähriger Patient. Am 24. August wegen Tuberkula kutanea am Kopfe und Osteoperiostitis tibiae 0,5 neutral. Am 25. Aug. Nystagmus, Schwindel, typische Fallrichtung, Gehör intakt. Diagnose: isolierte Ausschaltung des Vestibularnerven. Sie ging nach einigen Tagen vorüber. — 6. 25 Jahre alte Patientin. Wegen sechs Wochen alter Lues (multiple Initialaffekte und spurweise positiver Wassermann) am 27. August 0,45 nach Wechselmann subkutan. Die Initialaffekte waren am 8. September verheilt. Bis 2. November keinerlei Erscheinungen sekundärer Lues, Wassermann negativ. Am selben Tage wurde beiderseitige labyrinthäre Schwerhörigkeit diagnostiziert. — 7. 18 Jahre alte Patientin. Wegen drei Monate alter Lues (makulöses Syphilid, Papillen der Tonsillen, Psoriasis plantae) am 5. Aug. 0,45 neutral nach Wechselmann. Am 15. Aug. waren diese Symptome geschwunden. Am 1. Nov. Wassermann negativ. Am 3. Nov. Schwindel, Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit. Diagnose: Labyrinthäre Schwerhörigkeit, Schwindel, Nystagmus. Finger meint, wenn man auch den fünften Fall als Herxheimersche Reaktion auffassen könnte, so sei bei Fall 6 und 7 es am nächstliegenden, die nervösen Symptome ganz auf Arsenobenzol zurückzuführen oder auf eine kombinierte Wirkung von Arsenobenzol und Lues.

Riehl[95]): Eine 34jährige Patientin, die wegen eines makulopapulösen Exanthems und heftiger Kopfschmerzen am 10. Nov. 0,5 Arsenobenzol injiziert erhalten hatte, wies am 14. Nov. eine labyrinthäre Schwerhörigkeit auf. Wassermann war am 18. Nov. negativ — schwach positiv. Am 7. November wurde eine Neuritis des Nervus ulnaris festgestellt, die in wenigen Tagen vorüberging. Ob ein Zusammenhang der Hörstörung und der Neuritis mit Lues oder mit Arsenobenzol bestand, konnte nicht entschieden werden. Leichte Nervensymptome, wie Kribbeln in den Händen, Ameisenlaufen über der ganzen Haut und profuse Nachtschweiße, kommen nicht so selten bei Arsenobenzol vor.

Urbantschitsch[96]) hat 60 Fälle, die mit Arsenobenzol behandelt und die ihm von den Kliniken Fingers und Riehls und von der Abteilung Ehrmann wegen verschiedener Erscheinungen von seiten des Ohres zur Prüfung des Gehörorganes überwiesen worden waren, untersucht. Darunter fand sich fünfmal eine isolierte Ausschaltung des Vestibularapparates der einen Seite (Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Erbrechen, rotatorischer Nystagmus zur gesunden Seite, Ausfall von kalorischem und Drehnystagmus). Diese Vestibularerscheinungen begannen frühestens drei Stunden, im spätesten Falle vier Wochen nach der Injektion von 606. Sie gingen in drei Fällen binnen 10 bis 14 Tagen, in einem Falle in der siebenten Woche nach dem Auftreten vorüber; in einem Falle dauerte sie zur Zeit der Berichterstattung noch an. In zwei Fällen traten sie gleichzeitig mit Herxheimerschen Reaktionen an den Hautaffektionen auf. Man könnte nach Urbantschitsch mit dieser Reaktion auch die Vestibularaffektion in jenen Fällen erklären, da nach Mitteilung Ehrlichs ein der Arsazetinintoxikation analoges Vestibularisphänomen („Tanzmäuse"!) mit 606 bei Tieren nicht erzeugt werden konnte. — Störungen des Nervus cochlearis wurden bei zwei Fällen nach 606-Injektionen beobachtet: Zwei Fälle rezenter Lues; neben der Affektion des Cochlearis fand gleichzeitig eine solche des Vestibularis an beiden Ohren statt, in dem einen 52 Tage nach der Injektion; die Affektion besserte sich; in dem anderen 80 Tage nach der Injektion plötzlich. Beide Fälle weisen negative Wassermannsche Reaktion auf und befinden sich noch nicht im sekundären Luesstadium. Bei einem hereditär-syphilitischen 13jährigen Knaben fand innerhalb drei Tagen eine beträchtliche Hörsteigerung an beiden Ohren statt. In drei Fällen alter Lues mit beträchtlich herabgesetzter Kochlearfunktion trat nach der Injektion bei einem Falle an beiden Ohren, bei einem an nur einem Ohre eine beträchtliche Hörbesserung ein, bei dem dritten blieb die Schwerhörigkeit unverändert. „Die bisherigen Erfahrungen ergaben also, daß der Einfluß von „606" auf den Akustikus ein ungünstiger zu sein vermag, . . . doch ist, wie die Beobachtung lehrt, eine Rückbildung der durch „606" gesetzten Affektion möglich. . . . Andererseits ergibt „606" in einzelnen Luesfällen eine beträchtliche Besserung in der Perzeptionsfähigkeit des schallempfindenden Apparates, und zwar manchmal in einer geradezu überraschend kurzen Zeit, wie das von keinem anderen Mittel bekannt ist." Akustikusaffektionen treten bei Lues auch ohne Medikamente, andererseits auch nach Quecksilberpräparaten auf. Die isolierte Vestibularerkrankung bezieht Urbantschitsch auf die Einwirkung von „606".

Matzenauer[97]) beobachtete bei versuchsweisen Fällen von Tabes und Paralyse ein totales Versagen

[95]) Riehl, Wien. klin. Wochenschrift, 1910, p. 1732.

[96]) Urbantschitsch, Wien. klin. Wochenschrift, 1910, p. 1733. Siehe auch früher Urbantschitsch.

[97]) Matzenauer, Wien. klin. Wochenschrift, 1910, p. 1735.

des Mittels. In dem Umstand, daß viele Fälle von Tabes und progressiver Paralyse durch „606" eine rapide Verschlimmerung erfahren, so zwar, daß ein bisher stationärer Zustand plötzlich progredient wird, intensive lanzinierende Schmerzen einsetzen, oder ein bisher ruhiger Paralytiker plötzlich manisch wird, wie es bei einem Pat. Matzenauers geschah, sieht Matzenauer eine Stütze der Annahme, daß dem Arsenobenzol eine gewisse neurotrope Komponente zukommt. In einem Falle (nicht Metalues) trat zwei Monate nach der wegen Exanthema makulosum erfolgten Injektion von 0,6 ohne sonstige Syphiliserscheinungen linksseitige labyrinthäre Schwerhörigkeit und Schwindel bei Drehbewegungen des Kopfes nach links auf; auf Quecksilber erfolgte Besserung.

Flemming[98]): Unter 165 Fällen von Lues, darunter 68 Fälle spezifischer Augenerkrankungen, wurde niemals eine Schädigung des gesunden Auges oder eine Verschlechterung des erkrankten beobachtet, die auf die Injektion zurückgeführt werden konnte. Meistenteils wurde eine geringe Erhöhung der Sehschärfe, als Arsenwirkung, festgestellt. Eine so eklatante Wirkung wie an den Schleimhäuten wurde jedoch nicht beobachtet. Meist trat eine geringe Besserung, besonders der subjektiven Störungen, nach der Injektion ein, volle Heilung nur sehr selten. Bei Neuritis und Stauungspapille wurde einige Male Heilung erzielt, dagegen fast keine Erfolge bei Endarteriitis retinae, Chorioiditis, Sehnervenatrophien, Augenmuskellähmungen frischeren und älteren Datums. Die in sieben Fällen von frischer Lues und von Lues bis zu zwei Jahren nach der Injektion beobachteten Pupillenstörungen sind nicht Wirkung des Arsens, sondern Herxheimersche Reaktionen, ebenso wie eine am dritten Tage nach der Injektion aufgetretene Iritis.

Haike und Wechselmann[99]) kommen an der Hand ihrer eigenen Beobachtungen und der Bewertung der von anderen veröffentlichten Erfahrungen über Salvarsan bei syphilitischen Ohrerkrankungen zu folgenden Schlüssen:

1. Wie bei den verschiedensten luetischen Erkrankungen anderer Organe ist das Salvarsan auch bei denen des Ohres wirksam, und zwar bei den Affektionen aller drei Stadien und denen der hereditären Syphilis.

2. In Fällen, in denen Ohrerkrankungen auf Quecksilber-Behandlung . . . nicht zurückgehen, kann Salvarsan gelegentlich Besserung erzielen.

3. In den mitgeteilten Fällen sind Besserungen des Gehörs, besonders im Sekundärstadium, oft nach wenigen Tagen eingetreten . . . selbst bei inveterierter Lues.

4. Einzelne Fälle, die sich auf Quecksilber-Kuren nicht besserten, blieben auch von Salvarsan unbeeinflußt.

Die Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr werden von dem Ohrenarzt Haike und dem Syphilidologen Wechselmann ebenfalls gemeinsam und besonders gründlich analysiert. Unter 3000 mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken beobachteten sie siebenmal nach Salvarsanbehandlung Ohrenerkrankungen, bald mit, bald ohne gleichzeitige Affektion anderer Hirnnerven, besonders des Fazialis. Bei fünf dieser Patienten wurden diese Nervenerkrankungen geheilt; bei zweien davon wurden drei Injektionen bis zur Heilung resp. Besserung des Neurorezidivs gemacht.

Auch bei Nichtluetischen sind nach Salvarsananwendung niemals Akustikusaffektionen beobachtet worden, wofür als Gewährsmänner Iversen und Tuschinski[100]) angeführt werden, die über die Wirkung des Salvarsans bei Malaria berichtet haben.

[98]) Flemming, Wirkung des Präparates 606 auf das Auge. Berl. klin. Wochenschrift, 23. II. 11, p. 193.

[99]) Haike und Wechselmann, Heilwirkungen und Nebenwirkungen des Salvarsans auf das Ohr. Berl. klin. Wochenschrift, 17. IV. 11, Nr. 16.

[100]) Iversen und Tuschinski, Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 3. Zit. bei Haike und Wechselmann.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Tötung eines Geisteskranken durch einen anderen in Weinsberg** (Württemberg). Als am 7. Juli einige Geisteskranke der Weinsberger Heilanstalt mit einem Wärter mit Feldarbeit beschäftigt waren, geriet plötzlich ein sonst harmloser Kranker in Erregung. Er erschlug einen anderen Kranken mit einer Hacke und verletzte den herbeieilenden Wärter schwer. Hierauf entfloh der Geisteskranke, konnte aber später festgenommen werden.

— **Die Organisation des Fürsorgeamts für entlassene Geisteskranke in Berlin.** Der Magistrat Berlin beabsichtigt, wie wir schon mitteilten, mit der Einrichtung eines Fürsorgeamts für entlassene Geisteskranke einen Versuch zu machen, für den eine Summe von 20000 M. ausgesetzt ist.

Die Organisation dieses Fürsorgeamts ist in der Weise gedacht, daß die Leitung einem Irrenarzte übertragen wird, der die gesamte pflegerische Tätigkeit

nach psychiatrischen Gesichtspunkten zu beaufsichtigen hat und außerdem die Pfleglinge in allen ärztlichen Fragen berät. Die sehr umfangreiche pflegerische Tätigkeit ist durch eine besoldete Pflegerin, die Erfahrung im Umgange mit Geisteskranken haben muß, zu besorgen. Die Hauptaufgabe der häuslichen Überwachung der entlassenen Geisteskranken, der Verschaffung geeigneter Unterkunft, angemessener Arbeit usw. soll einer Anzahl ehrenamtlicher Helfer und Helferinnen zufallen, die mit Arzt und Pflegerin Hand in Hand gehen sollen so lange, bis der entlassene Kranke in der menschlichen Gesellschaft wieder festen Boden unter den Füßen gewonnen und vollständig für sich und eventuell seine Familie zu sorgen geeignet ist.

Dieser Tage fand in der Irrenanstalt Herzberge eine Besprechung mit einigen der als Helfer und Helferinnen in Aussicht genommenen Persönlichkeiten statt, die im großen und ganzen von Herrn Geheimrat Moeli, dem Direktor der Anstalt, über die Entstehungsgeschichte und die wesentlichsten Aufgaben des Fürsorgeamts unterrichtet wurden. Herr Dr. Seelig von der Irrenanstalt Herzberge gab über die Einrichtung der Familienpflege sehr interessante Aufschlüsse, über die Erfolge in der Förderung des Fortkommens der Kranken und über die Erwartung, die im Anschluß an die Familienpflege gewissermaßen als deren Fortsetzung an die neu zu errichtende Fürsorgestelle geknüpft würden.

In der allgemeinen Diskussion wurde von einer vorgeschlagenen Angliederung der Fürsorgestelle an die bereits bestehenden Armenkommissionen, die häufig mit entlassenen Geisteskranken zu tun hätten, Abstand genommen und allgemein die große Bedeutung und der Nutzen der Fürsorgestelle, wie sie vorgeschlagen wird, im Prinzip anerkannt, auch erklärten sich die erschienenen Damen und Herren bereit, ihre Kräfte in den Dienst der guten Sache zu stellen. Zum Schluß erfolgte noch eine Besichtigung der Anstalt unter Führung des Geheimrats Moeli. Im August dieses Jahres soll eine zweite Sitzung in einem Saale des Rathauses stattfinden, in der das genauere Programm festgelegt werden soll.

Referate.

— A. Melzer, Ein siebenjähriger Kampf ums Recht! Wien, 1910, Selbstverlag.

Eine Angriffsschrift voller Ungeheuerlichkeiten und Unklarheiten. Auch vom rein psychiatrischen Standpunkte aus ohne jedes Interesse.

Tomaschny-Treptow a. R.

— G. Sobernheim, Leitfaden für Desinfektoren. Halle a. S., 1911. Verlag Carl Marhold.

Ein sowohl im theoretischen Teile als auch in seinen praktischen Anleitungen vortreffliches Büchlein, das auch von jedem Laien mit Verständnis gelesen werden und reichlich Nutzen stiften kann.

Tomaschny-Treptow a. R.

— Schultze, Ernst, Chronische progressive Chorea. (Volkm. Vortr. 578/79.) Leipzig, Barth, 1910.

In dem eingehenden klinischen Vortrage sind die psychischen Störungen ausführlich analysiert. Sch. bekämpft besonders die Anschauung, daß die Demenz nur eine scheinbare, durch Aufmerksamkeitsstörung bedingte sei. Zum Schluß wird die Begutachtung derartiger Kranker in bezug auf Ätiologie (Unfall), Ehescheidung und bei kriminellen Handlungen besprochen.

M.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Dr. med. Fritz Wilhelm Johannes Rothenbücher ist am 10. Juli als Volontärarzt in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Dr. Viktor Kafka, bisher I. Assistent an der K. K. Deutschen Universitätsklinik in Prag, ist am 1. Juli als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Dresden.** Hilfsarzt Martin Ziehm schied aus dem Dienst der städt. Heil- und Pflegeanstalt aus.

— **Haina**, Bez. Cassel. Am 1. d. Mts. ist Dr. med. Richard Fels aus Groß-Hansdorf als Abteilungsarzt in den Dienst der hiesigen Anstalt eingetreten.

Berichtigung. In Nr. 15, S. 147 muß es bei der Personalnachricht aus Dresden statt: fünf Oberärzte — heißen: drei Oberärzte.

Pharmakologisch-Therapeutisches.

Über die Grundlagen der internen Therapie mit Jodfettsäure-Derivaten. Aus dem Göttinger Pharmakologischen Institut und der Düsseldorfer Medizinischen Klinik von Oswald Löb und Reinhardt von den Velden, Privat-Dozenten. Therap. Monats-Hefte 1911, 4.

Nach den Verfassern kann man der Indikation, das Jodion in allen Geweben zur Speicherung zu bringen, wahrscheinlich nur mit sehr hohen Dosen genügen.

Es könne praktisch nicht bedeutungslos sein, wenn es gelänge, das Jod in Gewebe zu bringen, in denen es bei der Verabreichung von Jodalkalien in üblichen Dosen nicht gespeichert wird.

Verwende man therapeutisch eine lipo- und neurotrope und damit polytrope Jodverbindung, so seien die Anforderungen, die man an sie stellen müsse, scharf zu präzisieren. Der Körper solle genügend lipotrop sein, das Jod müsse abspaltbar sein. Die Aufspaltung dürfe weder zu rasch sein, sonst habe man die Verhältnisse wie bei den Jodalkalien und Jodeiweißkörpern (unerwünscht hohe Konzentration des Jodions in Blut und Gewebe bei ungleicher Verteilung), noch zu langsam, damit es nicht zu einer starken Depotbildung komme, in welchem Falle man, wie bei dem jodierten Sesamöl oder den Seifen, keinerlei Richtschnur für die Therapie habe, weil man eben das Verhalten der Jodverbindung und die Zirkulation des Jodions nicht mehr kontrollieren könne.

Die wichtigste Forderung sei also die Lipotropie, die einerseits eine genügende Polytropie, andererseits eine allmähliche Resorption und eine relativ langsame, aber regelmäßige Ausscheidung ermögliche.

Von allen Körpern hat sich den Verfassern der Dijodbrassidinsäureäthylester nach ausgedehnten Untersuchungen am Tier und Menschen als brauchbarster erwiesen, mit Rücksicht auf Verträglichkeit und Resorptionsweise, vor allem aber Lipotropie, sowie verzögerte, allmähliche Aufspaltung und Ausscheidung. Den Dijodbrassidinsäureäthylester (Lipojodin) verwendeten die Verfasser in der sehr geeigneten, im Handel befindlichen Tablettenform.

Das Lipojodin ist der Äthylester einer zweifach jodierten ungesättigten höheren Fettsäure von der Formel $C_{19}H_{39}CJ = CJ - COO\ C_2H_5$. Dieser aus der Erucasäure ($C_{21}H_{21}\ COOH$) gewonnene Ester ist zum Unterschied von den meisten Estern der höheren Fettsäuren eine weiße, feste Verbindung, die entweder in großen, langen Nadeln oder in kleinen Schuppen kristallisiert. Der Jodgehalt ist entsprechend der Zusammensetzung des Körpers 41,06 Proz. und ist absolut konstant, wie es bei der vollkommenen Reinheit dieser einheitlichen chemischen Verbindung zu erwarten ist. Das Jod ist fest gebunden und kann erst nach der Zerstörung des Moleküls in der üblichen Art nachgewiesen werden Der Ester löst sich in Alkohol bei 70° C. zu ca. 10 Proz., bei 15° C zu 3 Proz., in Ölen, Fetten, Benzol, Chloroform und Äther ist er in jedem Verhältnis, in Wasser dagegen nicht löslich. In fester Form ist er gegen zerstreutes Tageslicht beständig; in seinen Lösungen tritt unter Lichteinwirkung langsame Jodabspaltung ein. Lipojodin ist vollständig geschmacklos und wird in leicht im Munde zerfallenden, schwach süßlich schmeckenden Tabletten in den Handel gebracht.

Bei Lipojodin findet eine langsame Resorption im Darm statt; eine Jodabspaltung im Darm fände nicht statt. In der ersten Stunde lasse sich im Urin kein Jod nachweisen, sondern gewöhnlich erst am Ende der zweiten oder in der dritten Stunde.

Der Verlust im Kote beim Lipojodin könne dadurch bis auf ein Minimum eingeschränkt werden, daß man das Mittel zu oder nach einem gemischten normal fetthaltigen Essen verabreicht, also am besten nach einer gewöhnlichen Mahlzeit.

Lipojodin zeigt die am stärksten ausgeprägte Lipotropie, die diejenige der bisher bekannten und untersuchten Jodpräparate um ein vielfaches übertreffe. Diese Lipotropie gehe einher mit einer deutlichen Speicherung; die Speicherung dauere für einen Teil 3—4 Tage, für einen andern Teil, der dem auch nach Jodkaliverabreichung zurückgehaltenen Reste entspricht, offenbar längere Zeit. Ausnahmsweise könne aber auch nach Lipojodin auf längere Zeit, offenbar für mehrere Wochen, bis 50 Proz. des zugeführten Jods im Organismus gespeichert werden, wie übrigens auch gelegentlich bei Jodalkalien. Das Lipojodin halte in diesem Sinne die Mitte; die Speicherung sei weder eine zu kurze, wie bei den untersuchten freien Jodfettsäuren, noch eine zu lange wie bei den Seifen.

Infolge der allmählichen Aufspaltung der gespeicherten Jodverbindung sei man in der Lage, mit selteneren und kleineren Joddosen auszukommen, also mit einer bis höchstens zwei Dosen in 24 Stunden, sofern man nicht besonders akute Wirkungen erzielen wolle. Da man bei der allmählichen, aber konstanten Abspaltung des Jods immer nur relativ kleine weitere Dosen zuführe, bestehe natürlich keine Gefahr einer sogenannten Kumulation, sofern eben die Jodabspaltung nicht etwa, wie bei den Ca-Seifen, zu sehr in die Länge gezogen und unregelmäßig sei.

Nach einer einmaligen Dosis von 0,5 g Lipojodin beginne die Ausscheidung in Harn am Ende der zweiten Stunde, und nach 5 Stunden seien erst 4,8 Proz. des zugeführten Jods durch den Urin ausgeschieden. In den nächsten 20 Stunden steige dann die Ausscheidung auf 50 Proz. und sei z. B. nach 97 Stunden mit 85 Proz. beendet. Die Ausscheidung dauere nach Lipojodinzufuhr gewöhnlich 72—120 Stunden. Man sei also in der Lage, eine verlangsamt einsetzende und relativ gleichmäßige Jodwirkung im Organismus zu entfalten, die durch eine erneute, nach 24—48 Stunden gegebene Dosis auf einer gewissen Höhe gehalten werden könne.

Lipojodin verteile sich in Fett und Nervengewebe (Lipo- und Neurotropie), sei gut aufspaltbar, und das Jodion werde gleichmäßig und ziemlich langsam ausgeschieden. Lipojodin entfalte also eine gleichmäßige Jodwirkung.

Der Ester wurde in Tablettenform meist in Dosen von 0,3—1,5 g verabreicht. Er wurde von sämtlichen Patienten ohne irgendwelche Beschwerden vertragen. Dabei besitze die Tablette einen angenehm süßlichen Beigeschmack. Selbst bei forcierten Dosen bis zu 5 g Lipojodin am Tage seien bis jetzt keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen wahrgenommen worden. Im Tierexperiment seien überhaupt die Derivate der höheren Dijodfettsäure bis zu den höchsten applizierbaren Dosen ungiftig, während z. B. der Monojodisovalerianylharnstoff in Dosen von 0,5 g pro kg Tier Kaninchen töte. Das Lipojodin sei im Verlauf von acht Monaten in 40 Fällen angewandt worden. Es liege bei den bekannten Indikationen in der Natur der Sache, daß man nicht überall von eklatanten therapeutischen Erfolgen berichten könne. Hervorzuheben seien u. a. ein Fall von Bronchitis chronica und ein Fall von Lues, der übrigens vorher, mit 0,6 g „606" intravenös erfolglos behandelt worden war. Beide Fälle reagierten schon bei kleinen Dosen Jodkalium mit Jodismus, während sich nach Verabreichung von 1,0 g Lipojodin pro die keinerlei Jodismussymptome bei therapeutischem Erfolge zeigten. Ferner sei von Bedeutung der gute andauernde Effekt bei Bronchialasthma, sowie der therapeutische Erfolg bei arteriosklerotischen Beschwerden, besonders Schwindelerscheinungen. Diesen günstigen Beobachtungen könne man bis jetzt keinerlei ungünstige gegenüberstellen.

Interessant sei, daß ein Individuum nach Verabreichung von nur 0,5 g Dijodelaidinsäure nach 20 Stunden deutlich an Jodismus (Stirnschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Jodangina) erkrankt sei, jedoch die drei- bis fünffache Joddosis in Form von Lipojodin anstandslos vertragen habe.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. —
Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 17. 22. Juli **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Aufforderung zur Subskription auf Dr. Beyers „Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens (S. 159.) — Zur „Irrenreform"-Bewegung (S. 160.) — Mitteilungen (S. 166): Hundertjahrfeier der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein. Einladung zur XII. Jahresversammlung des Vereins nordd. Irren- und Nervenärzte.

Eine Bitte
an die verehrlichen Abonnenten und Leser
der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift.

Herr Oberarzt Dr. Beyer (Bayreuth-Herzogshöhe) hat in überaus gründlicher und verdienstvoller Weise und unter Benutzung der besten Quellen das Material über die „Irrenreform"-Bewegung und die antipsychiatrischen Bestrebungen und Literaturerzeugnisse (auch angebliche Freiheitsberaubungen etc.) zu einer umfassenden Studie verarbeitet, deren Drucklegung in Verbindung mit der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift erfolgen soll.

Das Werk umfaßt ca. 45 Druckbogen im Format der „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten" und wird für die Abonnenten der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift bei Subskription zum Vorzugspreise von 12 Mk. abgegeben werden, für sonstige Käufer zum Preise von 15 Mk. Es wird gewissermaßen einen Ergänzungsband der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift bilden.

Auf Wunsch des Herrn Oberarztes Dr. Beyer ist das Manuskript von den Herren Professor Dr. med. et phil. Sommer (Gießen) und Hofrat Dr. med. Würzburger (Herzogshöhe bei Bayreuth) sowie von mir durchgesehen worden. Wir Genannten können zwar keinerlei Verantwortung für die Ausführungen des Verfassers im Einzelnen übernehmen, halten aber den Druck des umfangreichen Materials für durchaus zweckmäßig, um den Lesern die genauere Kenntnis der einzelnen darin behandelten Fälle und der Entwickelung dieser Bewegung zu ermöglichen, aus der die Forderung eines Reichsirrengesetzes entsprungen ist.

Das Werk ist, wie ich in Übereinstimmung mit den genannten beiden Herren zum Ausdruck bringen darf, gerade in der Gegenwart, wo von verschiedenen, ebenso einflußreichen wie teilweise wenig berufenen Seiten auf eine Reichsirrengesetzgebung hingearbeitet wird, außerordentlich geeignet, der Gefahr, daß unter dem Druck einer irregeführten öffentlichen Meinung ein unbrauchbares Gesetz zustande

kommt, durch Aufklärung vorzubeugen. Die Drucklegung geschieht im Interesse nicht nur der Geisteskranken und einer verständigen Fürsorge, sondern auch der Psychiatrie und der Anstalten.

Die verehrlichen Abonnenten werden höflichst gebeten, den dieser Nummer beigefügten Subskriptionsschein recht bald ausgefüllt dem Verlage dieser Wochenschrift zu übermitteln, der bei genügender Subskriptionsbeteiligung die Herstellung des Werkes übernommen hat. Es besteht die Absicht, eine außergewöhnlich große Anzahl von Rezensionsexemplaren an die Tagespresse zu versenden und damit eine großzügige Aufklärung in die Wege zu leiten. Dazu ist aber eine erfolgreiche Subskription Vorbedingung und werden die verehrlichen Abonnenten — Behörden, Anstalten (öffentliche und private) und sonstige Leser der Wochenschrift — höflichst gebeten, diese Aufklärungsarbeit indirekt durch die Bestellung des Werkes zu unterstützen.

Das Werk soll im Januar 1912 erscheinen.

Lüben i. Schlesien, im Juli 1911.

Dr. Bresler.

Zur „Irrenreform"-Bewegung.

Für den Fall, daß es noch jemanden in unserem Fachkreise geben sollte, der von der Aktualität, Zweckmäßigkeit und Verdienstlichkeit des in der vorliegenden Subskriptionseinladung näher bezeichneten Werkes des Herrn Oberarztes Dr. Beyer und von der Notwendigkeit allseitiger Unterstützung beim Zustandekommen dieses Werkes noch besonders überzeugt werden muß, sei nachfolgend einiges wiedergegeben, was in der Richtung oben bezeichneter Bewegung in den letzten Wochen über Irrenwesen und Irrenärzte durch die Tagespresse gegangen ist.

Unter verschiedenen Überschriften, wie z. B. **„Mißstände im Irrenwesen", „Die Reformbedürftigkeit des Internierungs- und Entmündigungsverfahrens", „Sieben Wochen wider Willen in der Irrenanstalt interniert"** etc. ging folgender Artikel — mit nur ganz geringfügigen Variationen — durch Tageszeitungen [mir liegen Ausschnitte vor von: Tägliche Rundschau (Berlin), Berliner Neueste Nachrichten, Berliner Lokal-Anzeiger, Volkszeitung (Berlin), Börsen-Courier (Berlin), sämtlich vom 24. Juni, ferner Frankfurter Zeitung vom 28. Juni, Deutsche Warte (Berlin) vom 25. Juni]:

„Die Reformbedürftigkeit des Internierungs- und Entmündigungsverfahrens wird wiederum durch einen neuen Fall illustriert, der sich in den letzten Wochen abgespielt hat:

Der Apothekenbesitzer Berndt hatte seine Frau mit dem Wunsche zur Erbin eingesetzt, daß ein Teil des Vermögens nach ihrem Tode den Kindern seines Bruders übertragen wird. Als er starb, wurde die Witwe Berndt, die zu Lebzeiten ihres Mannes mit diesem Bruder auf sehr gespanntem Fuße gelebt hatte, für diesen bald der Gegenstand lebhaftester Besorgnisse. Sie verbat sich im April d. Js. die Bevormundung durch ihren Schwager, indem sie darauf hinwies, daß alle seine Besorgnisse bald dadurch schwinden würden, daß sie eine neue Ehe eingehen würde. Diese Erklärung war nicht ernstlich gemeint, sondern nur zur Abwehr der ihr lästigen Bevormundung bestimmt. Einige Zeit darauf faßte jedoch der Schwager den Entschluß, die Festlegung des Nachlaßvermögens, von dem die angeblich heiratslustige Witwe bereits einen Teil auf Leibrentenversicherung gegeben hatte, durch eine vormundschaftliche Verwaltung zu erwirken. Er überreichte der zuständigen Polizei das Attest eines Arztes, an den sich Frau Berndt kurz vorher wegen Herzbeschwerden gewandt hatte. Darin bescheinigte der Arzt die Notwendigkeit der Unterbringung der Frau in eine Irrenanstalt. Am 27. April wurde auch die gewaltsame Überführung in eine Privatirrenanstalt in Lankwitz erwirkt. Die Internierte bestritt auf das entschiedenste, daß die Angaben, die zu ihrer Internierung geführt hatten, richtig sind. Ihr Hauswirt und zahlreiche Bekannte legten gegen das unerhörte Verfahren in schriftlichen Eingaben Verwahrung ein. Gegenüber der Privatirrenanstalt übernahm der Schwager, welcher der Witwe Berndt eine erhebliche Summe schuldete, die

Tragung der Kosten des Anstaltsaufenthalts und beantragte bei dem zuständigen Amtsgericht unter gleichzeitiger Stellung des Entmündigungsantrages gegen die Internierte, ihn selbst zum Pfleger ihres Vermögens zu bestellen. Bald nach der Internierung fand sich der Schwager bei der Frau in der Anstalt ein und stellte ihr die baldige Befreiung in Aussicht, wenn sie den ihr vorgelegten und von ihr verfaßten Entwurf eines dem Gericht zu überreichenden Schriftstückes unterzeichnen würde. Der Entwurf enthielt den Antrag, ihn zum Vermögenspfleger zu bestellen. Dieses Ansinnen wurde ohne weiteres abgelehnt. Sie beantragte dann, um einen Beistand zu ihrer Befreiung zu finden, die Bestellung eines Bankbeamten, der schon früher ihr Vermögen verwaltet hatte, zum Pfleger ihrer Angelegenheiten. Das Gericht gab diesem Antrage statt, während der Antrag des Schwagers abgelehnt wurde. Nunmehr beauftragte der um das Wohl seiner Schwägerin so auffällig besorgte Schwager einen Anwalt, die Staatsanwaltschaft zu ersuchen, den Entmündigungsantrag von Amts wegen zu stellen. Auch dieser Antrag wurde abgelehnt, da der betreffende Dezernent der Staatsanwaltschaft, Staatsanwalt Braut, das Vorliegen eines öffentlichen Interesses verneinte. Trotz alledem blieb Frau Berndt nach wie vor in der Irrenanstalt, obwohl auch das Vormundschaftsgericht in einer Verfügung vom 6. Juni ausdrücklich erklärt hatte, daß sie einer Fürsorge für ihre Person nicht bedürfe. Alle Bemühungen des Vermögenspflegers um die Befreiung der Internierten hatten keinen Erfolg. Die leitenden Ärzte der Anstalt erklärten, daß zunächst der Ausgang des Entmündigungsverfahrens abgewartet werden müsse, obgleich ein solches Verfahren überhaupt nicht eingeleitet war. In diesem Stadium betraute der Vermögenspfleger den für eine Reform des Irrenwesens lebhaft tätigen Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried mit der Weiterführung der Angelegenheit. Dieser erwirkte sofort von der Polizeibehörde eine Zustimmung zu der Entlassung der Frau Berndt. Als jedoch der Pfleger mit dieser amtlichen Erklärung in der Anstalt erschien, wurde ihm gesagt, daß die Entlassung trotzdem nicht erfolgen könne. Nunmehr wandte sich der Anwalt direkt an die Polizeibehörde mit dem Hinweise, daß hier eine rechtswidrige Zurückbehaltung vorliege. Die Polizei forderte zunächst telegraphisch Auskunft von der Anstalt. Letztere gab die Auskunft, daß Frau Berndt erklärt habe, freiwillig in der Anstalt bleiben zu wollen. Von dem Vertreter wurde bestritten, daß Frau Berndt jemals eine solche Erklärung abgegeben habe. Noch an demselben Tage legte er eine schriftliche Erklärung der Frau Berndt vor, in welcher sie energisch ihre sofortige Freilassung forderte. Erst jetzt öffneten sich für die Frau nach siebenwöchiger Dauer der Internierung die Tore der Irrenanstalt. Die Auskunft der Anstalt war somit falsch.*)

Einige oben genannter Zeitungen brachten noch den Zusatz:

„Dieser Fall ist nach mehr als einer Richtung hin instruktiv. Es bedarf dringend einer gesetzlichen Bestimmung, durch welche Antragsteller oder ihnen nahestehende Personen von dem Amt eines Pflegers oder Vormunds, deren Entmündigung sie betreiben, ausgeschlossen sind. Es dürfte auch niemals ein Internierungs- oder Entmündigungsverfahren auf Grund einseitiger Angaben der Antragsteller eingeleitet werden. Ebenso wie bei Arresten und einstweiligen Verfügungen müßte die Beibringung eidesstattlicher Versicherungen uninteressierter dritter Personen zur Einleitung derartiger Verfahren für notwendig erklärt werden. Nach den zurzeit bestehenden Bestimmungen genügen aber einseitige fast jeder Ver-

---

*) In der Nummer vom 7. Juli bringt die „Frankfurter Zeitung" folgende **Berichtigung** von Rechtsanwalt Dr. Alsberg-Berlin im Auftrage des Medizinalassessors a. D. Emil Berndt und des Sanitätsrats Dr. Fränkel in Lankwitz:

„Sie haben in der Nummer 174 vom 25. Juni cr. Ihres geschätzten Blattes eine Darstellung der Internierung der verw. Frau Apothekenbesitzer **Berndt** in der Anstalt **Berolinum** in **Lankwitz** gegeben, die den Tatsachen in keiner Weise entspricht und schwerbeleidigende Vorwürfe gegen meine Mandanten enthält. Zur **Richtigstellung** dienen folgende Tatsachen:

Frau Berndt leidet, wie auf Grund der Aussagen einwandfreier Personen sowie privat- und amtsärztlicher Atteste feststeht, seit mindestens 12 Jahren an **chronischem Alkoholismus**. Sie ist dieserhalb, und zwar schon zu Lebzeiten ihres Mannes, bereits sechsmal in Anstalten untergebracht worden. Im Jahre 1907 ist sie durch Beschluß des Königl. Amtsgerichts Berlin-Schöneberg wegen Geisteskrankheit **entmündigt** worden. Die Entmündigung ist allerdings im Jahre 1909 **wieder aufgehoben** worden. Der Ehemann hat sich, wie aus seinen hinterlassenen Briefen hervorgeht, infolge der Kümmernisse, die ihm die Krankheit seiner Frau bereiteten, das Leben genommen. Es ist also durchaus unrichtig, wenn die Sache so dargestellt wird, als ob erst nach dem Tode des Apothekenbesitzers von seinen Verwandten eine Einmischung in ihre persönlichen Verhältnisse versucht worden sei. Die letzte Internierung ist zudem auf Veranlassung des behandelnden Arztes, der mit den Verwandten der Frau Berndt in gar keiner Verbindung stand, erfolgt. Die gesetzlich erforderliche **Untersuchung** durch den königlichen **Kreisarzt** ist innerhalb 24 Stunden nach der Aufnahme der Frau Berndt im Berolinum erfolgt. Das mir vorliegende Attest des königlichen Kreisarztes geht dahin, daß Frau Berndt zweifellos geistesschwach sei und sowohl zur weiteren Beobachtung wie auch zu ihrem eigenen Schutze der Aufnahme in eine geschlossene Anstalt bedürfe. Auf Grund dieses Attestes ist Frau Berndt in der Anstalt Berolinum behalten worden. Auf Veranlassung des Vermögenspflegers der Frau Berndt ist am 20. Mai cr. eine erneute Untersuchung seitens des königlichen Kreisarztes erfolgt. Bei dieser Untersuchung kam der königliche Kreisarzt, wie sein schriftliches Gutachten besagt, zu dem Ergebnis, daß durch chronischen Alkoholismus ein erheblicher geistiger Defekt bei Frau Berndt eingetreten sei, so daß ihre Entlassung aus der geschlossenen Anstalt in ihrem eigensten Interesse zur Zeit untunlich erscheine.

Nachdem sich in der Folgezeit der Zustand der Frau Berndt einigermaßen **gebessert** hatte, **entließ** die Anstalt Berolinum bereits am 16. Juni **aus freien Stücken** Frau Berndt. Die Entlassung der Frau Berndt ist also keineswegs, wie in der Ihnen gegebenen Darstellung behauptet ist, durch das Eingreifen einer Behörde erzwungen worden.

Vorstehende Darstellung des Sachverhalts, die durch einwandfreie Zeugen und Urkunden bewiesen werden kann, konnte nicht eher publiziert werden, da Herr Sanitätsrat Dr. Fränkel sich zunächst über die zu ergreifenden Schritte mit Herrn Medizinalassessor a. D. Berndt ins Einvernehmen zu setzen wünschte, Herr Medizinalassessor a. D. Berndt aber infolge einer Erkrankung bisher nicht nach Berlin kommen konnte.

Meine Mandanten werden gegen den Urheber der von Ihnen verbreiteten Nachricht strafgerichtlich vorgehen."

antwortung entzogene Erklärungen von Interessenten gegenüber einem von ihnen honorierten Arzt, um geistig gesunde Menschen in der Irrenanstalt verschwinden zu lassen. Der Fall lehrt ferner, daß Anstaltsbesitzer, die sonst polizeiliche Verfügungen als formelle Stützpunkte für eine in ihrem materiellen Interesse möglichst lange ausgedehnte Freiheitsentziehung benutzen, auch gegen derartige Verfügungen Front machen können, wenn sie ihnen diesen formellen Stützpunkt entziehen."

Die Redaktion der Frankfurter Zeitung fügte noch in Parenthese hinzu:

„Es besteht hier übrigens aller Anlaß für die amtlichen Stellen, nachzuprüfen, ob die Internierung in diesem Falle überhaupt zulässig war, da eine amtliche Kontrolle anscheinend durchaus fehlte. Auch die amtliche Aufsicht über die Anstalt scheint nicht sehr streng gewesen zu sein. Es wird zu prüfen sein, ob die so lange durchgeführte Freiheitsberaubung rechtlich überhaupt zulässig war."

Die „Frankfurter Zeitung" vom 8. Juli 1911 veröffentlicht einen längeren Aufsatz von Prof. Dr. Friedländer (Hohe Mark) zu dem alarmierenden Thema „Mißstände im Irrenwesen". Der Artikel erfüllt seinen Zweck der Aufklärung ganz vorzüglich; auf Einzelheiten kommen wir in dieser Wochenschrift vielleicht noch zurück. Bemerkenswert aber ist, was die Red. der „Frankfurter Zeitung", der wir für die Veröffentlichung des Artikels jedenfalls sehr dankbar sein müssen (ebenso wie dem Verfasser selbst), in einer Fußnote zufügt:

„Es schien uns eine Pflicht der Loyalität zu sein, in dieser Frage, in der leicht aus Einzelfällen verallgemeinernde Schlüsse gezogen werden, einen Fachmann zum Wort kommen zu lassen. Wir sind zwar nicht der Meinung, daß die jetzigen Bestimmungen genügen, um jeden Mißbrauch und jede Fahrlässigkeit zu hindern und wünschen deshalb noch schärfere Kautelen, namentlich auch nach der Richtung hin, daß der Entlassung aus den Anstalten nicht übergroße Schwierigkeiten bereitet werde. Vor allem aber scheint uns eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens vonnöten."

Die Tägliche Rundschau fügt hinzu:

„Wir können, so zuverlässig die vermutlich durch Herrn Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried unterrichtete „Korrespondenz" sonst auch ist, doch kaum an die Richtigkeit der vorstehenden Behauptungen glauben. Sollten sie aber wirklich zutreffen, so würde es sich hier um einen haarsträubenden Fall handeln. Jedenfalls darf man jetzt schon folgendes sagen: Es bedarf dringend einer gesetzlichen Bestimmung, durch welche Antragsteller von dem Amt eines Pflegers oder Vormundes derjenigen Personen, deren Entmündigung sie betreiben, ausgeschlossen sind. Es dürfte auch niemals ein „Internierungs-" oder Entmündigungsverfahren auf Grund einseitiger Angaben der Antragsteller eingeleitet werden. Ebenso wie bei „Arresten" und einstweiligen Verfügungen müßte die Beibringung eidesstattlicher Versicherungen uninteressierter dritter Personen zur Einleitung derartiger Verfahren für notwendig erklärt werden. — Nach den zurzeit bestehenden Bestimmungen genügen aber einseitige, fast jeder Verantwortung entzogene Erklärungen von Interessenten gegenüber einem Arzt, um geistig gesunde Menschen in die Irrenanstalt zu bringen."

In der nachfolgenden Mitteilung aus der Täglichen Rundschau sei besonders auf den Schlußsatz (hier gesperrt gedruckt) hingewiesen. Die Tägliche Rundschau (Berlin, vom 13. Juli 1911) schreibt:

„Die Irrenhausaffäre des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried, die durch die Verurteilung des Oberarztes Dr. Juliusburger von der Privatirrenanstalt in Lankwitz wegen Beleidigung zu 100 M. Geldstrafe Aufsehen erregt hatte, hat durch ein soeben ergangenes Urteil des Amtsgerichts Groß-Lichterfelde eine neue für die Irrenrechtsreform sehr bedeutsame Wendung genommen. Rechtsanwalt Dr. E. hatte wegen seiner widerrechtlichen Internierung gegen sämtliche beteiligten Personen eine Schadensersatzklage angestrengt. Eine gegen den Leiter der Anstalt Berolinum, Sanitätsrat Dr. Fränkel gerichtete Schadensersatzklage ist in erster Instanz zu einer dem Kläger günstigen Entscheidung gelangt. Der Klageanspruch wird darauf gestützt, daß der Beklagte, um die Internierung aufrechterhalten zu können, über den Geisteszustand des Rechtsanwalts Dr. E. ein Attest ausgestellt hat, welches den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprach, ferner auch darauf, daß der Beklagte den Rechtsanwalt E. 10 Wochen lang in der Irrenanstalt festgehalten hat, trotzdem ihm von Augenzeugen mitgeteilt war, daß die Anrufung der Polizeibehörde und die Internierung im Anschluß an einen harmlosen Versöhnungsversuch mit der Familie erfolgt ist. — Der Vertreter des beklagten Anstaltsleiters berief sich u. a. auf ein Attest des bekannten Psychiaters Forel, durch welches derselbe sein früheres, die Geschäftsfähigkeit des Dr. E. in vollem Umfange bejahendes Gutachten mit der Begründung zurückzog, daß er ihn infolge seiner Schadenersatzansprüche als geisteskranken Querulanten bezeichnen müsse. Prof. Forel schreibt u. a. wörtlich: „Geradezu verrückt ist es, wenn Dr. Ehrenfried, wie mir Dr. Juliusburger angibt, eine große Anzahl Ärzte auf Schadenersatz verklagt. Die psychiatrische Wissenschaft fordert gebieterisch, daß derartige Leute unschädlich gemacht werden. Die Hoffnungen, daß die gemachten schlimmen Erfahrungen genügen würden, um Dr. Ehrenfried zur Ruhe zu bringen, seien gründlich getäuscht worden." — Rechtsanwalt Dr. E. erklärte nach Verlesung dieses Gutachtens, daß Professor Forel nur unter dem Schutze der schweizerischen Grenzpfähle sich derartiges leisten könne. — Das Gericht fällte auf Grund dieser streitigen Verhandlung folgendes Urteil: Der Anspruch des Klägers auf Schadenersatz ist dem Grunde nach gerechtfertigt. Die Höhe des Schadens wird erst nach Rechtskraft dieses Urteils festgestellt. — Diese Entscheidung, die allerdings noch nicht die Rechts-

kraft erlangt hat, ist die erste, welche die Schadenersatzpflicht eines Anstaltsleiters wegen widerrechtlicher Internierung ausspricht. Bisher ist es den Psychiatern stets gelungen, Schadenersatzansprüche durch Bezugnahme auf den „guten Glauben" zu Fall zu bringen."

(Selbst auch die Voss. Ztg. vom 13. VII. bringt diesen Schlußsatz!)

Unter dem Titel: **„Schutz vor den Psychiatern"** schreibt die „Deutsche Montags-Zeitung", Berlin, 3. Juli 1911:

„Die Psychiatrie als Regulin der öffentlichen Verdauung mußte man sich schließlich gefallen lassen. Que faire? So lange man der Bourgeoisie das Recht zugesteht, sich vor allen Beschwerden durch das Außergewöhnliche, Undurchschnittliche, Aufregende zu bewahren, sich durch Ausmerzung alles dessen, was nicht in die Philisterstiefel paßt, automatisch zu nivellieren, so lange mußte man das Irrenhaus als publike Wohlfahrtseinrichtung respektieren. Es gibt keine Waffe, dem Genie die Internierung zu ersparen. Bedenklicher wurde die Sache schon, als damit begonnen wurde, den Verbrecher statt ins Zuchthaus, aus Nervenschwäche zum Genie zu sperren; weil dadurch die Räume, in denen Deutschland regelmäßig seine besten Geister aufzubewahren pflegt, zu Strafanstalten degradiert wurden. Gefährlich aber ist das Irrenhaus, seitdem es stillschweigend in das Arsenal der zivilen Rechtsmittel übergegangen ist. Man braucht heute nur eine Hypothek und einen Schwager, ein Haus und einen Großcousin, einen Tausendmarkschein und einen Stiefsohn zu haben, um das erlesenste Objekt für die Irrenpflege abzugeben. Geld schützt vor Torheit nicht, wenigstens nicht vor der ärztlich attestierten; im Gegenteil, es ruft sie herbei. In zwei Wochen erfuhr jetzt die Öffentlichkeit dreimal, daß jener Berliner Rechtsanwalt, der überhaupt nichts anderes mehr zu tun hat, als widerrechtlich Internierte zu befreien, in Aktion treten mußte. Es ist schon so gang und gäbe, immer dann, wenn in Vermögensstreiten alle Stränge des Zivilprozesses reißen, den Irrenarzt gegen die andere Partei zu besolden, daß es vor Gericht heute fast ungefährlicher ist, einen Menschen zu erschlagen, als bloß ihn beerbt zu haben. Mit einem Wort: es ist höchste Zeit, hier Abhilfe zu schaffen. Nun mag es im ersten Augenblick befremdlich klingen, wenn man als Überwachungsinstanz der Internierungsbestrebungen den Staat vorschlägt; aber er verdient hier tatsächlich unser Vertrauen. Die Instanz in diesen Dingen muß uninteressiert sein. Und damit wird die Plage, über die man sonst nicht genug klagen kann, hier zur Wohltat: daß der Staat nur da interessiert ist, wo seine eigenen Angelegenheiten auf dem Spiele stehen. Er ist überall da der unparteiischste Richter, wo die Sache ihn nichts angeht. Man errichte endlich in allen größeren deutschen Städten behördliche, aus Ärzten bestehende Prüfungskommissionen, an denen vorbei kein Weg in eine Privatirrenanstalt führt. Es kann nicht an jedem Ort eine Kommission eingerichtet werden, wird eingewendet? Es werden Reisen, die den Kranken nicht dienlich, erforderlich? In der Tat. Aber gibt es vielleicht an jedem Ort ein Irrenhaus? Oft sei eine tage-, ja monatelange Beobachtung notwendig, ehe ein Arzt oder eine Ärztekommission sich über den Zustand eines Patienten klar werden kann, wendet man ein. Gut, so möge man in solchen Fällen, in denen die Kommission sich nicht sofort zum Gutachten entschließen kann, sie stets die Überweisung an eine Anstalt, aber nur an eine staatliche, verfügen, wo die Beobachtung stattfinden kann; es sei denn, daß der Patient selbst die Privatanstalt vorzieht. Wie gesagt, es gibt hier kein Aber! Man sei nicht kurzsichtig und engherzig, weil verlangt wird, einmal freiwillig dem Staat ein Recht in die Hand zu geben. Er wäre beim schlimmsten Willen nicht in der Lage, dies Recht anders als zu unserm Schutze zu gebrauchen. Gefahr ist im Verzuge, und kaum Überlegung ist hier noch statthaft. Im übrigen ist der Staat selbst verpflichtet, die Angelegenheit in die Hand zu nehmen; denn er ist uns verfassungsgemäß für die Wahrung des Rechtsguts der persönlichen Freiheit des Staatsbürgers verantwortlich."

Unter der Überschrift: **„Das Irrenhaus als Gefahr"** schreibt die „National-Zeitung", Berlin, vom 27. Juni 1911:

„Der Gesunde ist egoistisch, und wenn die Not ihn nicht zwingt, neigt er nur gar zu sehr dazu, die Kranken ihrem Schicksal zu überlassen. Seit Jahr und Tag hört man Klagen darüber, daß das Irrenwesen an schweren Schäden leidet, daß das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche von rücksichtslosen Gegnern und von gewinnsüchtigen „Freunden" in bedenklicher Weise mißbraucht werden kann. Aber man hört nur mit halbem Ohre hin, stutzt vielleicht einen Augenblick und überläßt dann getrost alles wieder den Irrenärzten und Juristen, die ja allein in diesen Dingen zuständig seien. Daß sich hier Übel festgenagt haben, die die Allgemeinheit bedrohen, und deren Bekämpfung daher auch der Allgemeinheit zur Pflicht geworden ist, um so mehr, da die berufenen Faktoren schon allzu lange mit Reformen zaudern, kommt uns erst langsam zum Bewußtsein. In letzter Zeit haben sich jedoch die Kämpfe armer bedrängter Menschen, die ohne zureichende Gründe in Irrenhäusern festgehalten und entmündigt worden sind, in beängstigender Weise gehäuft. Und die aufregenden Gerichtsverhandlungen, in denen die Opfer gehässiger oder beutegieriger Verwandter um ihre primitivsten Persönlichkeitsrechte gegen falsche Mutmaßungen und starre Gutachten kämpfen mußten, rütteln nunmehr auch die Gleichgültigen auf. Sie erkennen jetzt, daß es sich hier nicht um ferne Möglichkeiten und um vereinzelte Zufälle handelt, sondern daß hier ein verderbliches System waltet, das jeden von uns schon heute oder morgen in seine furchtbaren Krallen zwingen kann. Der Schrecken dieser Erkenntnis hat vielen plötzlich die Augen ge-

öffnet, und die Sorge, wie diese den harmlosen Staatsbürger stetig bedrohenden Übelstände beseitigt werden können, ist nun endlich allgemein geworden.

Wie lange schon wird uns eine Verbesserung des Irrenwesens versprochen? Von Zeit zu Zeit munkelt man davon, daß die Reichsregierung den Entwurf zu einem Reichsirrengesetz vorbereite. Wie lange will man mit seiner Einbringung noch zögern, da die bestehenden Mißstände immerzu neue Opfer fordern? In diesen Tagen wurde wieder das Schicksal einer Frau bekannt, die bloß auf Grund des Attestes eines einzigen Arztes von ihrem Schwager, dem große Vermögensvorteile winkten, gewaltsam in eine Privatirrenanstalt gesperrt worden ist. Erst nach langen und schweren Bemühungen ihres Anwalts konnte die Ärmste wieder ihre Freiheit erlangen. Wer weiß, wie viele Männer und Frauen, die in der Welt alleinstehen und den heimlichen Weg zu einem Anwalt mit Umgehung der strengen Briefzensur der Irrenhäuser nicht finden können, widerrechtlich in solchen Anstalten zurückbehalten werden, denen sie niemals mehr zu entrinnen vermögen. Dieser entsetzliche Gedanke, der das Blut erstarren läßt, müßte allein schon dazu treiben, alles aufzubieten, um den eines Rechts- und Kulturstaats unwürdigen Zuständen den Garaus zu machen.

An Reformvorschlägen fehlt es nicht. Es besteht schon ein Bund für Irrenfürsorge und Beseitigung der Irrenhausmißstände, der zugleich als Schutzbund gegen Entmündigung wirkt. Und es ist ergreifend, in der Mitgliederliste eine ganze Reihe von Persönlichkeiten zu finden, die die Grausamkeit des gegenwärtigen Systems am eigenen Leibe schwer genug zu fühlen bekamen. Dieser Bund gibt auch eine Zeitschrift, „Irrenrechtsreform“, heraus, die alle Fälle, welche in der Öffentlichkeit bekannt geworden sind, eingehend bespricht und eifrig die Mittel erörtert, wie künftighin solches Unglück vermieden werden könnte. Wir sind nun weit entfernt davon, die krassen Anklagen, die aus dem Kreise der Geschädigten in begreiflicher Erregung gegen die Psychiater im allgemeinen erhoben werden, zu wiederholen. Es ist kein Zweifel, daß viele der Irrenärzte am besten die schweren Mängel des Systems erkannt haben, daß sie selbst darunter sehr leiden, und den Druck der bestehenden Bestimmungen, denen sie sich fügen müssen, tief bedauern. Aber gerade aus ihren Reihen müßten und sollten der Reformbewegung die rührigsten Vorkämpfer erstehen, will „die Zunft“, wie sie von den Gegnern verächtlich genannt wird, nicht das Odium auf sich laden, als wünschte sie das Beharren in den jetzigen Fehlern, um aus ihnen Nutzen zu ziehen. Nichts wäre falscher, als eine Politik der Verärgerung von seiten der Ärzte, die es doch den Geschädigten nicht allzu sehr verübeln dürfen, wenn sie in ihrem Zorn falsche Verallgemeinerungen wagen und ihren vermeintlichen Peinigern dadurch unrecht tun. Man bedenke doch nur die lange Reihe trauriger Beispiele für widerrechtliche Freiheitsberaubung und Entmündigung, um den Groll der Reformer ganz zu begreifen. Man erinnere sich etwa des greisen Bürgermeisters, der, als er sich wieder verheiraten wollte, von seinem ältesten Sohn unter Vormundschaft gestellt und von ihm gleich wieder für handlungsfähig erklärt wurde, nachdem er ihm sein Vermögen durch einen Erbregulierungsvertrag gesichert hatte. Man denke an die Internierung und Entmündigung des Industriedirektors Wahl, die durch Kammergerichtsurteil wieder aufgehoben werden mußte, an den Kampf der Amtsgerichtsrätin Burchardi aus Suhl, die gegen einen Wall von psychiatrischen Gutachten sich ihre wirtschaftliche Freiheit und den Besitz ihrer Kinder so bitterlich schwer ersiegen mußte. Der Fall des greisen Professors Lehmann-Hohenberg und noch mancher andere sind noch in der frischen Erinnerung aller.

Müssen solche Erfahrungen nicht endlich das Gewissen aller aufpeitschen, und den Reformvorschlägen, die gemacht worden sind, nicht die ernsteste Beachtung sichern? Ist es nicht haarsträubend, daß heute nicht einmal der Rechtsbegriff des Irrsinns scharf abgegrenzt ist, und die beiden Worte „gemeingefährlich“ und „selbstgefährlich“ die vageste Deutung zulassen? Ist die Forderung einer Sonderung geisteskranker Verbrecher und armer Kranker nicht eigentlich eine Selbstverständlichkeit, und muß die Scheidung von Irrenheilanstalt und Irrengefängnis nicht unbedingt durchgeführt werden? Vor allem aber muß gefordert werden, daß nicht vereinzelte ärztliche Gutachten genügen dürfen, um einen Staatsbürger dauernd seiner Freiheit zu berauben, daß vielmehr eine Reihe von Instanzen darüber entscheiden dürfen, und der Staat alle Kautelen dafür schaffen muß, daß kein Gewaltstreich und kein krasser Fehlgriff geschehe. Die Reformer wenden sich mit Recht dagegen, daß an Privatpersonen keine „Gefängniskonzession“ erteilt werde, und verlangen eine scharfe Kontrolle über die Mitwirkung der Polizei bei Internierungen und Entlassungen. Der Ruf nach diesen notwendigen Reformen, denen sich noch viele andere angliedern müssen, wird nicht wieder verstummen und jeder, dem seine persönliche Freiheit lieb ist, muß dazu beitragen, daß die Mißstände schnell und gründlich beseitigt werden.“

Die National-Zeitung fährt fort:

„Einer unserer Mitarbeiter hat anläßlich des Falles der Frau des Apothekenbesitzers Berndt Herrn Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried, der auf Grund eigener düsterer Erfahrungen energisch für eine Reform des Irrenwesens eintritt und schon manchen Bedrohten aus harter Umklammerung befreit hat, besucht und übermittelt uns u. a. folgende Ausführungen desselben:

Das zurzeit herrschende Irrenrecht stützt sich auf § 10 Teil 2 des Allgemeinen Landrechts: „Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bestehenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei.“ Auf diesen Paragraphen baut sich zum Teil das heutige Internierungs- und Entmündigungsverfahren der Kläger auf. Die Interessen, die zur unbefugten Einleitung eines derartigen Vorgehens führen können, sind mannigfaltiger Natur. In erster Linie

sind es Vermögensvorteile, die sich die Kläger verschaffen wollen; es können aber auch politische und öffentliche Angelegenheiten die Veranlassung geben. Dort, wo die pekuniäre Seite die Hauptrolle spielt, war der Antrag auf Internierung und Entmündigung in den meisten Fällen durch Unfähigkeit des Beklagten, sein Besitztum verwalten zu können, durch Alkoholismus und durch angeblich verspätete Heiratsideen begründet. Hierzu gesellen sich noch eine Anzahl weiterer Angaben, aus denen geschlossen wird, daß die betreffende Person nicht im vollen Besitz ihrer geistigen Kräfte ist. Ausschlaggebend für die Internierung ist das ärztliche Gutachten des jeweiligen Kreisarztes, dem sich dasjenige des Privatarztes angliedert. Da nun zumeist die geforderten Gutachten von der Gegenpartei gut bezahlt werden, so ist Gefahr vorhanden, daß der Arzt nicht immer seine volle Objektivität wahrt, und das Gutachten fällt gar zu leicht im Sinne der Auftraggeber aus. Die durch ein derartiges Gutachten oft vollkommen machtlos gewordene Persönlichkeit wird nunmehr mit oder ohne ihren Willen einer öffentlichen oder privaten Anstalt übergeben. Und haben sich erst einmal die Pforten eines solchen Instituts hinter dem angeblich Geisteskranken geschlossen, so stellen sich seiner Befreiung unendliche Schwierigkeiten entgegen. Das Gesetz bietet für irgendwelche Maßnahmen nur eine sehr geringe Handhabe. Es ist wohl möglich, ein Anfechtungsverfahren einzuleiten, indessen ist der Erfolg dieses Vorgehens in den weitaus seltensten Fällen von Erfolg gekrönt. Zunächst stellt sich dieser Anfechtung immer wieder das Gutachten des Kreisarztes entgegen, weiter sind es Gründe privater Natur, die ein Eingreifen auf dem Rechtswege äußerst erschweren. Dem Rechtsbeistand der internierten Person gelingt es nur unter großen Schwierigkeiten, Eintritt in die Anstalt zu erhalten und somit eine Rücksprache mit seinem Klienten zu nehmen. Der Anstalts-Pascha legt sein ganzes Können und seine ganze Macht hinein, um die Verbindung des „Patienten" mit der Außenwelt zu verhindern. Er begründet sein Vorgehen zumeist damit, daß der Internierte gerade heute unfähig sei, eine fremde Person zu empfangen, und daß der Besuch von sehr schädlichem Einfluß auf den Geisteszustand sein würde. So kommt es, daß ein Anwalt nur halbe Arbeit leisten kann, und daß der Ausgang einer Anfechtung fast immer einen Mißerfolg darstellt. Bei den privaten Irrenanstalten ist eine Abweisung auch oft darin begründet, daß ihnen viel daran liegt, ihre Kranken zu behalten, da nicht unerhebliche pekuniäre Ausfälle seine Freilassung im Gefolge haben. Auch die Psychiater, deren Gutachten zur Befreiung des Internierten dienen soll, versagen in den meisten Fällen. Sie schließen sich in der Hauptsache dem Urteil des Kreisarztes an, und der Erfolg dieses kostspieligen Vorgehens ist dahin. Gerade hierin ist der Krebsschaden zu suchen, da es nur vereinzelt vorkommt, daß ein Psychiater das Gutachten des andern umstößt. Es bleibt also einem derartig Gefangenen, dessen Internierung nur auf Intriguen und auf rachsüchtige Machenschaften zurückzuführen ist, nichts weiter übrig, als bei passender Gelegenheit die Flucht zu ergreifen. Aber auch diese ist äußerst schwierig, da die meisten Anstalten und besonders die Privatunternehmen derartig bewacht sind, daß eine Flucht durch verschlossene Türen und vergitterte Fenster nahezu unmöglich ist. So stellt denn das herrschende Irrenrecht eine gewaltige soziale Gefahr dar, und obgleich seit Jahren Reformvorschläge von berufenen Männern gemacht worden sind, ist eine Änderung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Das Gesetz ist heute vollkommen einseitig und gerade auf das Mißlingen jeglicher Änderung stützt sich die oft so brutale Behandlung der Internierten in den Irrenanstalten.

In der Nummer vom 9. Juli 1911 bringt die „Nationalzeitung" unter der in Anführungszeichen gesetzten Überschrift: Das Irrenhaus als Gefahr — eine längere „Erwiderung" von Med.-Rat Dr. Kreuser (Winnental), welche die einschlägigen Verhältnisse ebenso eingehend wie klar und allgemeinverständlich beleuchtet und ebenfalls einen ganz vorzüglichen Aufklärungsdienst tut. Aber auch hierbei ist bemerkenswert, wie die Redaktion der Tageszeitung dazu Stellung nimmt. Die Nationalzeitung schickt nämlich dem Artikel voraus:

„Gern geben wir hier einer Erwiderung Raum, die uns auf den Artikel „Das Irrenhaus als Gefahr" zugekommen ist. Wenn wir uns auch nicht mit allen Ausführungen des Verfassers einverstanden erklären können,*) so freuen wir uns doch, daß er unserer Aufforderung nachgekommen ist, die Irrenärzte mögen selbst in erster Reihe das Wort bei der Auseinandersetzung über die Reform des Irrenwesens ergreifen."

Man beachte auch noch folgende Berichtigung der „Nordd. Allgemeinen Zeitung", Berlin, vom 16. Juli 1911:

„Zur „Irrenhausaffäre des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried", über die wir kürzlich berichteten, bittet uns der Oberarzt Dr. Otto Juliusburger um Aufnahme folgender Zeilen: „1. Das Urteil in der Beleidigungsklage des Herrn Dr. Ehrenfried gegen mich (100 M. Geldstrafe) ist vom Kammergericht aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückverwiesen worden. Diese hat einen neuen Verhandlungstermin noch nicht angesetzt. Gleichwohl will der Bericht den unrichtigen Eindruck erwecken, als ob ich rechtskräftig wegen Beleidigung bestraft wäre. 2. Herr Dr. Ehrenfried ist mit der Schadensersatzklage „wegen seiner widerrechtlichen Internierung" gegen einen großen Teil der verklagten Ärzte rechtskräftig abgewiesen. Gegen die übrigen Verklagten ist der Rechtsstreit noch in erster Instanz anhängig. Unabhängig von diesem Prozesse hat Herr Dr. Ehrenfried Herrn Sanitätsrat Dr. Fränkel durch Zwischen-

*) Hier gesperrt gedruckt. Also die Nationalzeitung zeigt sich von dem Komplex: „Das Irrenhaus als Gefahr" noch nicht ganz befreit!

schiebung eines gewissen Herrn Benda auf Zahlung von 120 M. beim Amtsgericht Groß-Lichterfelde verklagen lassen, nachdem er diesem Herrn den Betrag von 120 M. von seiner vermeintlichen Schadensforderung abgetreten hatte. Das Gericht ist über den Einwand hinweggegangen, daß die Abtretung wegen Geisteskrankheit des Herrn Dr. Ehrenfried nichtig sei. Das ist um so auffallender, als Herr Prof. Dr. Forel noch für die letzte Zeit, wie vorher schon andere Gutachter für eine frühere Zeit, die Geisteskrankheit des Herrn Dr. Ehrenfried bescheinigt hat. Ich zweifle nicht, daß Herr Prof. Dr. Forel sein Gutachten an jedem Ort der Welt vertreten wird. 3. Erst wenn die Begründung des vom Amtsgericht Groß-Lichterfelde erlassenen Urteils vorliegen wird, wird weiter die auffallende Tatsache erklärlich werden, weshalb das Gericht ein Verschulden des Herrn Sanitätsrats Dr. Fränkel „an der Internierung" des Herrn Dr. Ehrenfried annimmt, obgleich dieser Herr der Anstalt Berolinum mit einem Attest des Kreisarztes Dr. Zimmer und einem weiteren Attest des Leiters der städtischen Irrenanstalt Dalldorf als Geisteskranker überwiesen worden ist. 4. Schon mehrere Jahre, bevor Herr Dr. Ehrenfried in die Anstalt Dalldorf und später in die Anstalt Berolinum übergeführt wurde, haben die Sachverständigen Medizinalrat Dr. Störmer und Dr. Weil-Schlachtensee die geistige Gesundheit des Herrn Dr. Ehrenfried nicht bejahen können: Herr Medizinalrat Dr. Störmer hat den Geisteszustand des Herrn Dr. Ehrenfried als „zweifellos abnorm" bezeichnet, Herr Dr. Weil hat erklärt, „daß Herr Dr. Ehrenfried nach ärztlichem Ermessen nicht zur Verantwortung gezogen werden kann". Von Vermögensstreitigkeiten, die Herr Dr. Ehrenfried als Grund seiner „Internierung" in der Anstalt Berolinum anzugeben pflegt, war damals durchaus nicht die Rede; vielmehr stand in Frage, ob Herr Dr. Ehrenfried für eine Affekthandlung, nämlich einen bewaffneten Angriff auf einen jungen Kollegen, verantwortlich zu machen sei. 5. Das Urteil des Amtsgerichts Groß-Lichterfelde wird sogleich mit der Berufung angefochten werden."

Mitteilungen.

— **Hundertjahrfeier der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.**

Am Montag, dem 3. Juli 1911 wurde das Jubiläum durch eine Feier auf dem Friedhof der Anstalt eingeleitet, der nun 99 Jahre besteht und auf dem gegen 3000 Menschen beerdigt sind, darunter 68 Beamte des Sonnensteins. Nach dem Gesang einer Motette durch den Anstaltschor hielt Herr Pastor Kayser eine Gedächtnisrede, nach der die Gräber der verstorbenen Beamten durch den Direktor der Anstalt Herrn Med-Rat Dr. Ilberg mit Kränzen geschmückt wurden. Der Geistliche rief hierbei die Namen, den Stand und den Sterbetag der hier beerdigten Männer auf und sprach für einen jeden einen Bibelspruch. Gesang beendete die stimmungsvolle Feier.

Der Jubiläumstag, der 4. Juli, wurde 10¾ Uhr durch einen Festgottesdienst in der schmucken Kirche des Sonnensteins eingeleitet. Fahnen wehten von den Gebäuden der Anstalt, Girlanden zierten den Haupteingang, und der Altar der Kirche war mit Lorbeerbäumen und Blumen geschmückt. Zu den Feierlichkeiten waren erschienen: Se. Exzellenz Staatsminister Graf Vitzthum v. Eckstädt, der Ministerialdirektor a. D. Wirkl. Geh. Rat Dr. Apelt Exz., Präsident Wirkl. Geh. Rat Dr. Frhr. v. Bernewitz Exz., die Geh. Räte Heink, Dr. Bonitz, Geh. Rat Dr. Gelbhaar, der frühere Direktor der Anstalt Geh. Rat Dr. Weber, Se. Exzellenz Geh. Rat Prof. Dr. Fiedler, von der Kreishauptmannschaft Geh. Rat Frhr. v. Teubern und Obermedizinalrat Dr. Streit, von der Amtshauptmannschaft Pirna Geh. Reg.-Rat v. Nostitz, vom Amtsgericht Geh. Justizrat Wetzel, vom evangelischen Landeskonsistorium Konsistorialräte Hofprediger Kretzschmar und Dr. Ilberg, vom Landesmedizinalkollegium der Präsident Professor Dr. Renk, von der Stadtverwaltung Pirna Stadtrat Thieme-Garmann, Stadtrat Stark, Stadtverordnetenvorsteher Oberjustizrat Spieß und Stadtverordneter Dr. Flachs, von der Garnison Pirna General Bierling, Oberstleutnant v. Linsingen, Major Vollert und Major Schulz; ferner Geh. Med.-Rat Dr. Felgner und von der Heil- und Pflegeanstalt Dresden Geh. Sanitätsrat Dr. Ganser, der Geh. Medizinalrat Dr. Lehmann, Direktor der Anstalt Dösen bei Leipzig, der Vorsitzende des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Möli aus Berlin, Oberarzt Dr. Bresler aus Lüben, der Vertreter der forensisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden Oberlandesgerichtsrat Dr. Weingart, Obermedizinalrat Dr. Oppelt, als Vertreter der Landesanstalten zu Colditz: Obermedizinalrat Dr. Böhme, Arnsdorf: Obermedizinalrat Dr. Schulze, zahlreiche frühere Ärzte der Anstalt und Beamte, und viele andere Herren. Auch zahlreiche Damen waren zugegen.

Von der Kirche begaben sich die Teilnehmer nach dem mit den alten Bildern der früheren Vorgesetzten und Leiter der Anstalt geschmückten Festsaale, in dem ein Fest-Aktus stattfand. Er wurde durch den Gesang der Hymne „Die Himmel rühmen des Ewigen Ehre" würdig eingeleitet. Darauf hielt der Anstaltsdirektor Herr Med.-Rat Dr. Ilberg die Festrede. Er entrollte eine eingehende Geschichte des Sonnensteins von der Zeit an, da der Fels nur eine Sankt-Georgs-Kapelle trug, bis ein Castrum Pirna errichtet wurde, das zeitweilig dem Hochstift zu Meißen, dem Markgrafen zu Meißen und dem König von Böhmen gehörte, dessen Burggraf es 1409 an den Markgrafen Wilhelm den Einäugigen abtrat. Es trug von jetzt ab den Namen Sonnenstein. Die Namen der Verwalter erinnern vielfach an unsere Adelshäuser, denn wir finden als Landvoigte Schleinitz, Metzsch, Planitz, Karlowitz, Pforten, Vitzthum u. a. verzeichnet. Arnold von Westphalen baute die Veste um und 1459 fand im Schloßhof das große Turnier statt, bei dem Prinz

Albrecht siegte. 1486 brannte das Schloß völlig ab; aber im 16. Jahrhundert ließ es Kurfürst Moritz festungsartig wieder erstehen; Kurfürst August ließ es aber mehr als Schloß umbauen und Christian II. erbaute im Garten ein Lusthaus in Form eines Trinkhorns hinzu. Redner schilderte dann die Zustände zur Zeit des 30jährigen Krieges, wo Johann Sigesmund von Liebenau den Sonnenstein gegen die Schweden hielt, die sich lustig über die Bergveste gemacht hatten. Im Beginn des siebenjährigen Krieges ging sie an Preußen verloren. Alsdann wurde sie als Festung geschleift. Seit 1811 befindet sich in Sonnenstein eine Irrenheil- und Pflegeanstalt, die erste Anstalt dieser Art in Deutschland. Napoleon bereitete der jungen Anstalt schwere Sorgen und ließ die Kranken verjagen, aber nach der Völkerschlacht von Leipzig kamen sie wieder, und nun begann für den Sonnenstein eine Zeit, die für alle sächsischen Landesteile von Segen sein sollte. Redner gedachte der Anschauungen und Lehren über die Geisteskrankheiten im 18. Jahrhundert, schilderte die Irrenpflege in alter Zeit und entrollte erschütternde Bilder der Geschichte der Irrenbehandlung. Wie eine Erlösung wirkte die Reform in der Irrenpflege, die Dr. Ilberg mit leuchtenden Farben schilderte. Er wies nach, wie die sächsische Regierung (Minister Graf Hohenthal-Königsbrück, Geheimer Rat von Nostitz und Jänckendorf und Dr. Hayner-Waldheim) an der Spitze der Bewegung gestanden hat und mit dem alten Irrtum, der den armen Kranken das Leben zur Qual gemacht haben muß, alsbald aufzuräumen begann. Die Schaffung einer Landesirrenanstalt auf dem Sonnenstein sei eine Tat gewesen, auf die Sachsen noch heute stolz sein könne! Dann pries der Redner die Leiter und Ärzte der Anstalt, die ihr ihre Dienste gewidmet: als erster Dr. Ernst Pienitz 40 Jahre, als zweiter Dr. Lessing 45 Jahre, als dritter Dr. Weber, der gegen 50 Jahre lang (1883 bis 1910 an leitender Stelle) wirkte, mit Hilfe der Regierung und Stände die Anstalt auf mustergültige Höhe hob, Umbauten und Neuanlagen schuf und sogleich bei Übernahme der Direktion den letzten Rest der Zwangsmittel beseitigte. Schließlich dankte Redner allen, die Anteil an der Jubelfeier nehmen, der Staatsregierung, den königlichen und städtischen Behörden, dem Deutschen Verein für Psychiatrie, den früheren Ärzten und Beamten, den Gönnern und Freunden der Anstalt. Ganz besonderer Dank gebühre Sr. Exzellenz dem Herrn Staatsminister Grafen Vitzthum für sein Erscheinen am heutigen Tage und den Direktoren und Räten der 4. Abteilung des Ministeriums des Innern für das der Anstalt stets in hohem Maße erwiesene Wohlwollen. Dank gebühre den Königen, die dem Sonnenstein ihren Schutz angedeihen ließen. In das dreifache Hoch auf Se. Majestät den König wurde jubelnd eingestimmt. Daran schloß sich der Gesang des Salvum fac regem.

Nunmehr nahm Se. Exzellenz der Herr Staatsminister Graf Vitzthum v. Eckstädt das Wort zu folgender Ansprache:

Wir feiern heute das 100jährige Bestehen einer Anstalt für Geisteskranke. Als mir der Wunsch der Landesanstalt Sonnenstein vorgetragen wurde, dieses Fest zu veranstalten, habe ich mich gefragt, ob eine solche Feier angezeigt sei. Ist doch schon die Tatsache, daß es unglückliche Menschen gibt, die den vollen Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten einbüßen, die vielleicht ihre Willenskraft, ihr Selbstbewußtsein verlieren, eine so traurige, daß sie uns zu ernstem Nachdenken stimmen muß. Wie viel mehr, wenn wir beobachten, wie von Jahr zu Jahr die Zahl derer steigt, die an unseren Toren Einlaß begehren, und wie wir genötigt sind, neue Anstalten zu bauen, um dem wachsenden Zudrange zu genügen. Wahrlich Tatsachen, die uns zu ernstem Nachdenken zwingen.

Und doch feiern wir diesen Tag mit Recht. Wir dürfen vor allem dankbar auf die Entwicklung zurückblicken, welche die Irrenfürsorge in den letzten 100 Jahren genommen hat, nicht zum wenigsten in dieser Anstalt. Wir dürfen weiter dankbar der Tatsache gedenken, daß in der abgelaufenen Zeit eine große Zahl von Kranken ihre Genesung gefunden und daß mit Gottes Hilfe mancher Kranke seinen Angehörigen mit neuem Lebensmut zurückgegeben worden ist, und daß endlich denen, deren völlige Heilung nicht möglich war, eine Zufluchtsstätte geboten wurde, die ihnen ihr schweres Los wesentlich erleichtert hat.

Diese Erfolge verdanken wir nächst göttlicher Hilfe der treuen und gewissenhaften Pflege der Ärzte, Geistlichen, Pfleger und sonstigen Angestellten unserer Landesanstalten. Es ist mir daher ein Bedürfnis, an dieser Stätte, wo hervorragende Vertreter der Wissenschaft gewirkt haben und wo heute neben dem Personal der Anstalt Sonnenstein auch Vertreter anderer sächsischer Anstalten vereinigt sind, auszusprechen, wie dankbar die sächsische Regierung die in ihren Landesanstalten geleistete treue und gewissenhafte Pflege anerkennt.

Der Beruf der Irrenfürsorge ist, das wissen wir alle, gewiß kein leichter. Je schwerer er ist, um so berechtigter ist der Wunsch, in ihm trotzdem eine Berufsfreudigkeit zu finden, die uns tüchtig macht zu der uns auferlegten Arbeit. In einer reinen Heilanstalt findet das Personal diese Berufsfreudigkeit in der großen Zahl der erzielten Heilerfolge. In einer Pflegeanstalt ist die Zahl der ins Auge fallenden Erfolge geringer. Und doch kann ein Pfleger eines vielleicht unheilbaren Kranken sich sagen, daß er keine vergebliche Arbeit leistet, wenn er es nur versteht, dem Kranken sein schweres Schicksal zu erleichtern.

Darum möchte ich mit dem soeben ausgesprochenen Worte der Anerkennung eine Bitte verbinden, die sich an alle richtet, die sich der Irrenfürsorge widmen:

Werden Sie nicht müde in der Übung christlicher Geduld und Treue. Vergessen Sie, angesichts der großen Zahl von Kranken, die durch Ihre Hände gehen, die Tatsache nicht, daß Sie es mit einzelnen unglücklichen Menschen zu tun haben, die auch bei schwerer Trübung ihres Bewußtseins das Gefühl ihres persönlichen Wertes selten völlig verlieren. Überhören sie bei der vorschriftsmäßigen Erfüllung Ihrer alltäglichen Pflichten die Stimme christlicher Liebe und menschlichen Mitleids nicht; denn das, was wir aus Liebe und Mitleid tun, gereicht uns selbst zum Segen und wird uns zur Quelle wahrer Berufsfreudigkeit.

Sie werden damit vor allem auch den Dank der

Angehörigen erzielen, die uns ihre Kranken nicht ohne schwere Sorge anvertrauen. Muß es doch unser Ehrgeiz sein, die Angehörigen darüber beruhigen zu können, daß ihre Kranken in unseren Anstalten nicht nur hygienisch und medizinisch gut aufgehoben sind, sondern daß ihnen auch die menschliche Teilnahme entgegengebracht wird, auf die sie wegen ihres Schicksals Anspruch haben. So möge denn dieses Fest dazu beitragen, den Kranken Hoffnung, den Pflegern Freude am Beruf und den Angehörigen Trost zu bringen.

Der Herr Staatsminister gab dann die von Seiner Majestät dem König verliehenen Auszeichnungen bekannt: Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. Ilberg hat den Titel Obermedizinalrat, Sekretär Albert das Albrechtskreuz, Oberpfleger Winkler das Ehrenkreuz mit der Krone und Oberpflegerin Nickel das Maria-Anna-Kreuz erhalten.

Darauf ergriff Herr Geh. Rat Dr. Weber das Wort, um für die ihm gewidmeten Worte seines Nachfolgers zu danken und der Anstalt, ihrem Direktor und dessen Mitarbeitern zu gratulieren. Er gedachte seiner 50jährigen Wirksamkeit und wies den allgemeinen Kulturfortschritt im besonderen an der Anstalt Sonnenstein nach. Als schönstes Erbe derer, die die sächsische Staatsregierung auf die Irrenpflegereform aufmerksam gemacht und indirekt zum Schöpfer der Sonnensteinanstalt wurden: von Nostitz und Jänckendorf und Dr. Hayner sei die Humanität zu nennen, unter deren Panier sich die Anstalt entwickelt habe. Er pries alle, die in ihr zum Heile der Kranken gewirkt, und schloß mit Glück- und Segenswünschen für „seinen lieben alten Sonnenstein", der weiter blühen und gedeihen möge.

Der Präsident des Landesmedizinalkollegiums Herr Prof. Dr. Renk beglückwünschte die Anstalt und ihre Leiter namens seiner Korporation, die stets regen Anteil an ihrer Entwicklung genommen habe; möchten die Männer der Gegenwart rüstig auf den Bahnen weiterschreiten, die ihnen ihre Vorgänger vorgezeichnet haben.

Herr Konsistorialrat Dr. Ilberg sprach in inniger Weise die Glückwünsche des Evangelisch-lutherischen Landeskonsistoriums aus, indem er das Wort Sonnenstein als Sonnenheim auslegte und auch die Wirksamkeit des Anstaltsgeistlichen hervorhob.

Im Auftrag aller Heil- und Pflegeanstalten Sachsens gratuliert Herr Obermed.-Rat Schulze von der neuen Anstalt Arnsdorf, namens der Stadtverwaltung Pirna für den beurlaubten Bürgermeister Herr Stadtrat Thieme-Garmann, der das gute Einvernehmen zwischen Stadt und Anstalt hervorhob. Aus Anlaß der Hundertjahrfeier habe ihr die Stadt Pirna ein wertvolles Jubiläumsgeschenk gestiftet: eine Copie nach Canaletto, darstellend Ansicht des südwestlichen Teils der Festung Sonnenstein mit dem Obertor und den Stadtmauern. Das große Gemälde, für den Festsaal der Anstalt bestimmt, ist von der Kunstmalerin Joh. Scholtz-Plagemann zu Pirna gemalt. Während Redner sprach, ging der Bühnenvorhang zur Seite, so daß die Versammlung das schöne Bild sehen konnte. Superintendent Kröber erinnerte daran, daß die Anstaltsgemeinde früher an die Stadtgemeinde Pirna angegliedert gewesen sei, die Entwicklung habe jedoch eine heilsame Trennung gezeitigt. Er gab seiner Freude Ausdruck, daß auch der Seelsorger mit dem Arzt, sofern es angängig ist, an das Bett des Kranken treten dürfe.

Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Möli-Berlin gratulierte im Namen des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Herr Primarius Dr. Katzer als ältester derer, die Prediger der Anstalt Sonnenstein waren, indem er das Verhältnis zwischen Arzt und Seelsorger, zwischen Körper und Geist beleuchtete. Eine Dankesschuld trug Herr Oberlandesgerichtsrat Dr. Weingart ab. Er erinnerte an die Irren, die frei umherwandeln und strafbare Handlungen begehen, oder in Zuchthäusern als Verbrecher behandelt und dann als geistig defekt erkannt werden, gedachte der Anregung durch Geh. Rat Dr. Weber und Dr. Ilberg, eine Vereinigung von Juristen und Ärzten zu gründen, die im Jahre 1894 ins Leben gerufen die erste derartige Vereinigung in Deutschland war und eine gedeihliche Wirksamkeit entfaltet. Ihre Mitgliederzahl beträgt z. Z. ca. 150 Personen.

Herr Geh. Justizrat Dr. Wetzel gedachte der Beziehungen des Amtsgerichts zu der Anstalt, der Gerichtsbarkeit, die den Kranken rechtlichen Schutz verleihe und sie vor materiellem Schaden bewahre. Das Schlußwort sprach Herr Konsistorialrat Hofprediger Kretzschmar als Vertreter der Geistlichen aller Landesanstalten. Der Geistliche bemühe sich, unter den Trümmern des zerfallenen Seelenlebens den noch hellen Funken des geistigen Lebens zu finden und möglichst zu fördern, denn der Ewigkeitsmensch lebe auch im Kranken und ihn vorwärts zu bringen sei die schöne Aufgabe des Geistlichen. Schließlich regte Redner die Schaffung einer psychiatrisch-pastoralen Vereinigung an, von der er sich viel Heil verspreche. Die psychiatrische Wissenschaft müsse mit dem seelsorgerischen Takt Hand in Hand gehen.

Der Chor „Laß mich dein sein und bleiben" schloß den Akt, nach dem der Herr Staatsminister die Anstalt verließ.

Der Feier folgte ein Festmahl in der Anstalt, bei dem Ministerialdirektor Geh. Rat Heink ein Hoch auf Se. Majestät den König ausbrachte. Zahlreiche Glückwunschtelegramme waren von verschiedensten Seiten eingegangen.

(Nach dem „Dresdener Anzeiger", 5. Juli 1911.)

— Einladung zu der **XII. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Irren- und Nervenärzte** in der Mecklenburg-Strelitzschen Landesirrenanstalt bei Strelitz (Alt).

1. Freitag, den 4. August, abends 9 Uhr, zwangloses Zusammensein der Teilnehmer in der Großherzoglichen Fasanerie bei Neustrelitz.

2. Sonnabend, den 5. August, vormittags 9 Uhr, Sitzung im Festsaale der Anstalt.

Tagesordnung:

a) Begrüßungen.

b) Wahl des Vorsitzenden und des Schriftführers.

c) Bestimmung des Ortes der nächstjährigen Versammlung und geschäftliche Mitteilungen.

d) Vorträge. Nonne-Hamburg: Die Differentialdiagnose zwischen syphilogenen und nichtsyphilo-

genen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bei syphilitisch Gewesenen mittels der vier Reaktionen. — Dräsecke-Hamburg: Zur Geschichte des Augenspiegels. — Dräsecke-Hamburg: Eine Demonstration. — Serger-Strelitz: Zur Frage der Verletzung der Schädelbasis und des Gehirns. — Rittershaus-Hamburg: Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. — Pförringer-Hamburg: Über Symptomenkomplexe, besonders die katatonischen, in der Klinik der Geisteskrankheiten — Kafka-Hamburg: Über das Vorkommen von natürlichen Immunkörpern im Liquor cerebrospinalis und dessen theoretische und differential-diagnostische Bedeutung.

3. Frühstück in der Anstalt.

4. Besichtigung der Anstalt.

5. Nachmittags 4 Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Kurhaus Domjüchsee. (Gedeck 4,50 M.)

6. Abends: Zwangloses Zusammensein im Restaurant des Kurhauses Domjüchsee.

Am Sonnabend, den 5. August, morgens $8^1/_2$ Uhr stehen Wagen zur Fahrt nach der Irrenanstalt bei der katholischen Kirche in Neustrelitz kostenlos bereit, ebenso abends zur Rückfahrt nach Neustrelitz. Falls genügende Zeit vorhanden ist, wird nachmittags eine Wagenfahrt durch die Wälder des Großherzoglichen Wildparks geplant.

Die Teilnahme wolle man dem Unterzeichneten baldigst anzeigen. Zu recht zahlreichem Besuch der Versammlung ladet ein

Strelitz (Alt), im Juli 1911.

gez. Sanitätsrat Dr. Serger.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der mit 1200 Geisteskranken belegten Landes-Heil- und Pflegeanstalt **Alt-Scherbitz** bei Schkeuditz ist eine

Assistenzarztstelle

frei und möglichst bald wieder zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M., außer vollständig freier Station. Jährliche Zulagen von je 200 M. Bewerbern, welche schon in anderen Anstalten, Krankenhäusern oder Kliniken tätig gewesen sind, kann eventuell ein höheres Anfangsgehalt bewilligt werden. Nach dreijähriger Dienstzeit erfolgt bei Bewährung lebenslängliche Anstellung mit Pensionsberechtigung und einem von 3600 bis 6000 M. bezw. 7200 M. aufsteigenden Gehalt neben freier Familienwohnung oder einer Mietsentschädigung von 1080 M. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften baldigst erbeten an den Anstaltsdirektor Geheimen Sanitätsrat Dr. Paetz. (Alt-Scherbitz ist Haltestelle der elektrischen Bahn Leipzig-Schkeuditz, Schkeuditz Station der Eisenbahn Leipzig-Halle.)

Auch **Medizinal-Praktikanten** können gegen Gewährung von freier Wohnung und vollständig freier Station jederzeit eingestellt werden.

An der Westpreußischen **Prov.-Irren-Anstalt Conradstein** bei Pr. Stargard, an der Ostbahn Berlin-Königsberg gelegen, 1500 Kranke, 10 Aerzte, ist die Stelle eines **Anstaltsarztes** zu besetzen. Das Gehalt steigt von 2700 bis 5700 Mark, daneben wird Beköstigung I. Klasse, Dienstwohnung mit Heizung und Beleuchtung und Wäschereinigung im Gesamtwerte von 1400 Mark gewährt. Etwaige Anrechnung anderweiter irrenärztlicher oder allgemeiner ärztlicher Tätigkeit bleibt besonderer Vereinbarung vorbehalten. Meldungen erbeten an den Direktor Geheimen Medizinalrat Dr. **Kroemer.**

Langjährige Behandlung

und Verpflegung kann Nervenleidender (Herr oder Dame) in gutem offenen Sanatorium schönster Lage gegen Ablösung einer Hypothek von 12—15000 M. erhalten. Offert. unter **S. M. 1985** an die Exped. d. Blattes erbeten.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Neufriedenheim bei München

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Alkohol- und Morphium-Entziehungskuren. Mit großem Komfort, zugleich aber gemütlich eingerichtete, in großem alten Park gelegene Anstalt. Alle Kurmittel. 3 Ärzte. Hofrat **Dr. Ernst Rehm,** leitender Arzt und Besitzer.

Für Gemüts- und Nervenkranke.

Erlenmeyer'sche Anstalten in Bendorf a. Rh.

Komfortabelste Einrichtungen. Zentralheizung. Elektrische Beleuchtung. Große Gärten. — **Prospekte durch die Verwaltung.**

Geh. San.-Rat Dr. **Erlenmeyer.** Dr. **Max Sommer.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke.

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke

Sanatorium Salzbergtal

in Wernigerode=Harz.

Offene Kuranstalt für Nerven-, Herzkrankheiten, Blutarmut und Erholungsbedürftige. — Sommer- und Winterkur.

Sanatorium Buchheide, Finkenwalde

bei Stettin

für Nervenkranke, Morfinisten, Alkoholiker

Dr. Colla.

Sanatorium Marienbad bei Goslar a. Harz.

Phys.-diät. Anstalt für Nerven-, Herz-, Stoffwechselerkrankungen, Blutarmut, Erholungsbedürftige. — Mildes Gebirgsklima. Moderne Einrichtung und Kurmittel. Elektr. Licht. Wintersport, Winterkuren.

Hiervon völlig getrennt

Villa Elisabeth, Heilanstalt für gemütskranke Damen

Ärztl. Dir. San.-Rat Dr. **Benno,** Nervenarzt.

Harmlose Nerven- und Gemütskranke

finden Aufnahme und sachgemäße Behandlung bei Dr. med. **H. Heuer** in **Rodenberg a. D.** bei Bad Nenndorf.

Medico-mechanisches Institut u. Wasserheilanstalt Kleinen (Mecklenburg)

Sanatorium für innere und Nervenleiden.

Das ganze Jahr geöffnet. Prospekt kostenfrei.

Leitender Arzt: Dr. **Armin Steyerthal.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 18. 29. Juli **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Geistesstörungen, Schwachsinn, psychische Abnormitäten und ihre Bedeutung bei der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Von Dr. Kurt Halbey, Ückermünde (Provinzial-Heilanstalt.) (S. 171.) — Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Von Med.-Rat Dr. W. Fuchs-Emmendingen. (S. 175.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Fortsetzung.) (S. 176.) — Mitteilungen (S. 179): Rheinischer Hilfsverein für Geisteskranke. Eine geistesgestörte Familie. Irrenanstalt Friedrichsberg. Kosten. — Referate. (S. 179.) — Therapeutisches (S. 180): Adalin

Geistesstörungen, Schwachsinn, psychische Abnormitäten und ihre Bedeutung bei der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Von Dr. *Kurt Halbey*, Ückermünde (Provinzial-Heilanstalt).

I.

Es erscheint selbstverständlich, daß bei den außerordentlich strengen Bestimmungen, die für die Einwanderung von Ausländern (aliens) in die Vereinigten Staaten von Nordamerika maßgebend sind, Geisteskrankheiten, Idiotie, Imbezillität, Epilepsie und andere psychische Abnormitäten eine wichtige Rolle spielen müssen, wenn wir den Standpunkt der amerikanischen Regierung berücksichtigen, nur vollwertigen, vollsinnigen und durchaus arbeitskräftigen Individuen, die eine sichere Garantie bieten, nicht über kurz oder lang der öffentlichen Fürsorge anheimzufallen, die Einwanderung in die „neue Welt" zu gestatten. Wenn auch die Einwanderungsbestimmungen für Auswanderer hart sind, und vor allen Dingen ihre Handhabung zum Teil außerordentlich rigoros von statten geht, so müssen wir trotz aller rein menschlicher Erwägungen doch verstehen und begreifen, daß die Maßnahmen der amerikanischen Regierung, untaugliche und arbeitsunfähige Individuen vom Lande fern zu halten, nicht nur in hohem Grade berechtigt, sondern geradezu vom Standpunkte der Volkswohlfahrt durchaus notwendig und zu billigen sind. Inwieweit andere Motive, vielleicht solche politischer Natur, bei der Frage der Einwanderung in die Vereinigten Staaten maßgebend sind, kann an dieser Stelle nicht weiter interessieren.

Wie die amerikanischen Einwanderungsbehörden in New-York und anderen Einfahrtsplätzen des Landes jeglichen Fall einer ansteckenden Erkrankung, von Tuberkulose, von Trachom, von Favus und anderen Krankheiten, die für das Land eine gewisse Gefahr mit sich bringen, rücksichtslos von der Einwanderung ausschließen, beziehungsweise die später nach erfolgter Einwanderung Erkrankten aus Amerika ausweisen, so scheint es uns selbstverständlich, daß Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und sonstige psychische Abnormitäten demselben Schicksale verfallen, da sich sicherlich mehr noch wie bei den anderen genannten Krankheiten mit ihnen die öffentliche Wohlfahrt wegen der Erkrankung zu beschäftigen hätte.

Die Bestimmungen der amerikanischen Regierung sind den Schiffahrtsgesellschaften hinreichend bekannt, und es werden von vornherein nach Möglichkeit alle Maßnahmen getroffen, durch genaue ärztliche Untersuchungen alle kranken Individuen, auch Geisteskranke und Schwachsinnige bereits in Europa oder dem Mutterlande von der Einschiffung auszuschließen. Es entgehen aber naturgemäß doch immer einige Krankheitsfälle den beobachtenden Augen der untersuchenden Ärzte, was bei gewissen Formen von Geistesstörungen, von leichten Formen geistiger Schwäche nicht wunder nimmt, da oft die Zeit der ärztlichen Untersuchung, oder besser gesagt, der ärztlichen Betrachtung, bei der unendlich großen Anzahl von Auswanderern aus aller Herren Länder so gering ist, daß sicher selbst für den psychiatrisch geschulten Arzt einige Schwierigkeiten bei der Beurteilung fraglicher Geisteszustände vorhanden sind.

Immerhin versuchen, wie aus den folgenden statistischen Erhebungen hervorgeht, zahlreiche Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und andere geistig nicht intakte Individuen nach Amerika auszuwandern, ohne daß sie bereits vor der Ausreise als Kranke erkannt und von der Einschiffung ausgeschlossen werden. Andere, die den Keim der Krankheit bereits in sich tragen, erkranken auf der Ausreise nach Amerika an Bord der Schiffe. Die ungewohnten neuen Verhältnisse an Bord, die psychischen Eindrücke, die mit der Auswanderung aus der Heimat in ein fremdes unbekanntes Land selbst verknüpft sind, vor allen Dingen auch die mit der Seekrankheit vergesellschafteten körperlichen Irritationen in Gestalt von Schwächezuständen und anderen Erscheinungen auf nervösem Gebiete bilden einen nicht unerheblichen Faktor für den Ausbruch einer Geistesstörung beziehungsweise für die Exazerbation von krankhaften psychischen Symptomen, die unter den ruhigen und weniger aufreibenden Verhältnissen der Heimat nicht auffallend in die Erscheinung getreten waren, beziehungsweise geschlummert hatten.

Alle diese Individuen werden, wenn ihre Erkrankung bei den strengen und genauen Untersuchungen der sehr geübten Ärzte in Ellis Island, der Einwanderungsstation für die im Zwischendeck fahrenden Auswanderer — und diese kommen in erster Linie in Betracht —, erkannt resp. ihre psychische Minderwertigkeit derartig beurteilt ist, daß ihre Träger vermutlich in Amerika wirtschaftlich nicht weiter kommen würden, von der Einwanderung zurückgewiesen (debarred from entering). Dasselbe Schicksal erreicht diejenigen Individuen, die innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren nach erfolgter Einwanderung in Geisteskrankheit verfallen und infolge ihrer Erkrankung der öffentlichen Fürsorge anheimfallen. Für alle diese ist in Amerika kein Bleiben, sie werden nach der alten Heimat zurücktransportiert (deported). Der Rücktransport geisteskranker und geistesschwacher Individuen, sind sie nun bereits in Ellis Island als solche erkannt oder sind sie später nach erfolgter Einwanderung innerhalb des angegebenen Zeitraumes geisteskrank geworden, erfolgt auf Kosten der Schiffahrtsgesellschaft, durch die seinerzeit ihre Ausfahrt nach Amerika erfolgt ist, wie das auch in allen anderen Fällen geschieht, bei denen die Zurückweisung, beziehungsweise der Rücktransport aus anderen Gründen geschehen ist. Inwieweit diese die Schiffahrtsgesellschaft treffende Bestimmung der amerikanischen Gesetzgebung berechtigt ist oder nicht, erübrigt sich im Rahmen dieser Auseinandersetzung kritisch zu beleuchten, jedenfalls steht die Tatsache fest, daß die Schiffahrtsgesellschaften nicht nur zu einem Rücktransporte Geisteskranker und Schwachsinniger bis zum Heimatshafen verpflichtet sind, sondern sich auch laut Verfügung des Herrn Reichskanzlers vom Jahre 1908 die Fürsorge für diese Individuen von seiten der Schiffahrtsgesellschaften bis zum Heimatsorte beziehungsweise ihrem letzten Aufenthaltsorte erstreckt. Für Geisteskranke kommt auch die Unterbringung in Irrenanstalten in dem Heimatshafenbezirk in Betracht, wenn der sofortige Rücktransport in die Heimat der Auswanderer infolge der Erkrankung nicht möglich ist.

II.

Aus dem mir vorliegenden „Annual Report of the Commissioner General of Immigration to the Secretary of Commerce and Labor for the Fiscal year, ended June 30 1910", das mir gelegentlich eines Aufenthalts in New-York im Mai dieses Jahres von der zuständigen Behörde in Washington auf meine Bitte gütigst zur Verfügung gestellt worden ist, gewinnen wir ein gewissenhaft zusammengetragenes, maßgebendes, offizielles Material, das uns über die Einwanderung Geisteskranker, Schwachsinniger, Epileptiker und anderer psychisch nicht intakter Individuen in die Vereinigten Staaten von Nordamerika, bezw. ihre Beanstandung bei der Einwanderung und ihr Rücktransport in die alte Heimat unterrichtet und auf das näher einzugehen für den Psychiater nicht uninteressant sein dürfte.

Aus einer Tabelle (Table XVII des Reports) geht hervor, daß im Jahre 1909/1910 (bis Ende Juni) 16 Idioten, 40 Imbezille, 125 anderweitig Schwachsinnige, 29 Epileptiker und 169 Geisteskranke, die entweder innerhalb der letzten fünf Jahre geisteskrank waren oder zwei Anfälle von Geistesgestörtheit durchgemacht hatten, im ganzen also 379 Personen von der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika ausgeschlossen worden sind (aliens debarred from entering). Berücksichtigen wir, daß in demselben Jahre im ganzen 1 041 570 Auswanderer in Amerika angekommen sind, so betragen die von den Einwanderern zurückgewiesenen Geisteskranken und geistig Abnormen 0,036% der Gesamtsumme der Auswanderer.

Die folgende tabellarische Zusammenstellung zeigt uns ein Bild der Geisteskranken etc. unter den Zurückgewiesenen von der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika, und zwar in Bezug auf Rassen und Völker getrennt.

Rassen oder Völker	Idioten	Imbezille	andere Schwachsinnige	Epileptiker	Geisteskranke seit 5 Jahren krank oder, die 2 Anfälle gehabt	Summa
Afrikaner	1	—	—	—	1	2
Armenier	—	—	—	—	1	1
Böhmen und Mähren	—	—	2	—	1	3
Bulgarier, Serbier, Montenegriner	—	—	—	—	1	1
Chinesen	—	—	—	—	—	—
Croaten und Slovenen	—	—	2	—	1	3
Cubaner	—	—	—	—	—	—
Dalmatier, Bosnier und Herzegowiner	—	—	—	—	—	—
Holländer u. Flamländer	1	—	—	1	3	5
Ost-Indier	—	—	—	—	1	1
Engländer	—	1	6	3	12	22
Finnländer	—	—	—	—	—	—
Franzosen	3	3	4	5	13	28
Deutsche	2	4	6	1	17	30
Griechen	—	1	1	1	1	4
Hebräer (Juden)	1	12	20	2	15	50
Irländer	1	—	6	4	26	37
Nord-Italiener	—	1	5	—	2	8
Süd-Italiener	1	10	35	5	17	68
Japaner	—	—	—	—	—	—
Koreaner	—	—	—	—	—	—
Litthauer	—	—	3	—	—	3
Magyaren	—	—	1	—	1	2
Mexikaner	3	2	3	6	10	24
Südsee-Insulaner	—	—	—	—	—	—
Polen	1	2	17	—	11	31
Portugiesen	—	—	1	—	2	3
Rumänier	—	—	—	—	—	—
Russen	—	—	—	—	4	4
Ruthenen	1	1	6	—	1	9
Skandinavier (Norweger, Dänen, Schweden)	—	1	—	1	10	12
Schotten	—	1	3	—	15	19
Slovaken	1	—	3	—	—	4
Spanier	—	—	—	—	2	2
Spanische Amerikaner	—	—	—	—	—	—
Syrier	—	—	—	—	—	—
Türken	—	—	—	—	—	—
Walliser	—	—	—	—	1	1
West-Indier (ohne Cubaner)	—	—	—	—	—	—
Andere Völker	—	1	—	—	—	1
Summa:	16	40	125	29	169	379

Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß Süd-Italien die meisten Geisteskranken, Schwachsinnigen etc., und zwar 68 Personen, unter den Auswanderern aufzuweisen hatte. Ihnen folgen die Hebräer mit 50, die Irländer mit 37 und die Polen mit 31 psychisch erkrankten Individuen. Deutschland lieferte im Jahre 1910 30 geisteskranke oder geistesschwache Personen, die von der Einwanderung in die Vereinigten Staaten ausgeschlossen wurden. Um uns aber ein klares Bild von dem Verhältnis der zurückgewiesenen Geisteskranken und Schwachsinnigen der einzelnen Völker und Rassen zu machen, ist es notwendig, die absoluten Zahlen der Einwanderer der betreffenden Völker zu kennen. Was unter anderen Völkern das uns am meisten interessierende Deutschland angeht, so hat es im Jahre 1910 31 283 Auswanderer nach Amerika gebracht, von denen, wie wir gesehen haben, 30 als wegen Geisteskrankheiten unbrauchbar von der Einwanderung zurückgewiesen worden sind, also ungefähr 0,1 %. Italien lieferte 215 537 Auswanderer, von denen im ganzen 76 (Nord- und Süditaliener) wegen Geisteskrankheit zurückgewiesen wurden, also ungefähr 0,035 %. Frankreich mit einer Auswanderungsziffer (in toto) von 7383 (eine sehr geringe Auswanderungsziffer gegenüber anderen Völkern!) hatte 28 Geisteskranke, die zurückgewiesen worden sind, also zirka 0,4 % seiner gesamten Auswanderer.

Wenn wir uns über die einschlägigen Verhältnisse innerhalb der letzten Jahre unterrichten wollen, so gibt uns eine weitere Tabelle (Table XVII[a] des Reports) ein anschauliches Bild.

Jahrgang — 30. Juni	Totalziffern der Einwanderer	Idioten	Imbezille	andere Schwachsinnige	Epileptiker	Geisteskranke
1892	579663	4	—	—	—	17
1893	439730	3	—	—	—	8
1894	285631	4	—	—	—	5
1895	258536	6	—	—	—	—
1896	343267	1	—	—	—	10
1897	230832	1	—	—	—	6
1898	229299	1	—	—	—	12
1899	311715	1	—	—	—	19
1900	448572	1	—	—	—	32
1901	487918	6	—	—	—	16
1902	648743	7	—	—	—	27
1903	857046	1	—	—	—	23
1904	812870	16	—	—	—	33
1905	1026499	38	—	—	—	92
1906	1100735	92	—	—	—	139
1907	1285349	29	—	—	—	189
1908	782870	20	45	121	25	154
1909	751786	18	42	121	26	141
1910	1041570	16	40	125	29	169

Aus dieser Zusammenstellung ersehen wir, daß die Zahl der zurückgewiesenen Idioten, Imbezillen sowie Schwachsinnigen, Epileptiker und Geisteskranken von Jahr zu Jahr zugenommen hat und im Jahre 1907 am größten war. In diesem Jahre stieg die Zahl der Auswanderer überhaupt auf den Gipfel, auf 1 285 349 Personen. Bemerkenswert ist, daß erst vom Jahre 1908 an Imbezille, andere Schwachsinnige und Epileptiker gesondert aufgezählt sind.

Was nun die Rücktransportierung (deportation compulsory) geisteskranker, geistesschwacher und epileptischer Individuen angeht, so erfahren wir aus einer weiteren Tabelle (Table XVIII des Reports) folgende interessante Daten. Die uns vorliegende Statistik unterscheidet in dieser Richtung drei verschiedene Gruppen, in die die in Frage kommenden Individuen eingeteilt wurden, und zwar behandelt die erste Gruppe die geisteskranken Personen, die im Jahre ihrer Einwanderung geisteskrank geworden sind (at time of entry), während in der zweiten Gruppe die Geisteskranken aufgeführt sind, die der öffentlichen Wohlfahrt infolge einer Erkrankung, die schon vor der Einwanderung bestanden hat, anheim gefallen sind (Public charges existing prior to entry). Die dritte und letzte Gruppe umfaßt indessen nur die geisteskranken Personen, die innerhalb eines Jahres nach der Einwanderung infolge einer entstandenen Erkrankung der öffentlichen Wohlfahrt anheim gefallen sind und nach der Heimat zurückbefördert worden sind. (Public charges within year after entering.) Die erste Gruppe umfaßt (in toto) 11 Idioten, 7 Schwachsinnige, 7 Epileptiker und 37 Geisteskranke, in Summa also 62 Personen. In der zweiten Gruppe sind 640 Fälle von Geisteskrankheit und 7 Fälle von anderen psychischen Abnormitäten, in Summa also 647 verzeichnet, während in der dritten Gruppe keine Geisteskranken, Schwachsinnigen etc. aufgeführt sind, also sind innerhalb des Berichtsjahres 709 Personen aus Amerika deportiert worden, die entweder geisteskrank, schwachsinnig oder epileptisch waren. Nehmen wir die Totalsumme aller aus den Vereinigten Staaten aus allen vorhandenen Gründen Deportierten, die 2695 Personen umfaßt, so machen die Geisteskranken ungefähr 26% aller Zurücktransportierten aus.

Die folgende Zusammenstellung veranschaulicht diese Verhältnisse wieder von dem Standpunkte der Beteiligung der einzelnen Rassen und Völker.

Rasse u. Völker	I. Imbezille	I. andere Schwachsinnige	I. Epileptiker	I. Geisteskranke	II. Geisteskranke	II. andere psych Abnorme	III. Geisteskranke	Summa
Afrikaner	—	—	—	—	6	—	—	6
Armenier	—	—	—	—	6	—	—	6
Böhmen u. Mähren	—	—	1	1	15	—	—	17
Bulgarier, Serbier, Montenegriner	1	—	—	—	—	—	—	1
Chinesen	—	—	—	—	—	—	—	—
Croatier und Slovenier	—	—	1	—	12	—	—	13
Cubaner	—	—	—	—	—	—	—	—
Dalmatier, Bosnier u. Herzegowiner	—	—	—	—	4	—	—	4
Holländer u. Flamländer	—	—	—	—	9	—	—	9
Ost-Indier	—	—	—	—	—	—	—	—
Engländer	1	1		11	38	—	—	51
Finnländer	—	—	—	2	24	3	—	29
Franzosen	1	—	—	3	27	—	—	31
Deutsche	3	—	1	4	72	—		80
Griechen	—	—	—	—	16	1	—	17
Hebräer (Juden)	—	2	1	4	81	—	—	88
Irländer	1	—	—	1	48	—	—	50
Nord-Italiener	—	—	—	1	21	1	—	23
Süd-Italiener	1	1	1	4	63	—	—	70
Japaner	—	—	—	—	1	—	—	1
Koreaner	—	—	—	—	—	—	—	—
Litthauer	1	—	—	—	18	—	—	19
Magyaren	1	—	—	—	15	—	—	16
Mexikaner	—	—	—	—	6	—	—	6
Südsee-Insulaner	—	—	—	—	—	—	—	—
Polen	1	—	—	1	48	1	—	51
Portugiesen	—	—	—	—	4	—	—	4
Rumänier	—	—	—	—	3	—	—	3
Russen	—	—	—	—	9	—	—	9
Ruthenen	—	1	—	—	10	1	—	12
Skandinavier (Dänen, Norweger, Schweden)	—	—	1	2	52	—	—	55
Schottländer	—	1	1	1	13	—	—	16
Slovaken	—	1	—	—	10	—	—	11
Spanier	—	—	—	1	4	—	—	5
Spanische Amerikaner	—	—	—	—	—	—	—	—
Syrier	—	—	—	—	2	—	—	2
Übertrag:	11	7	7	36	637	7	—	705

Rasse u. Völker	I				II.		III	Summa
	Imbezille	andere Schwachsinnige	Epileptiker	Geisteskranke	Geisteskranke	andere psych. Abnorme	Geisteskranke	
Übertrag:	11	7	7	36	637	7	—	705
Türken	—	—	—	1	—	—	—	1
Walliser . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
West-Indier (ohne Cubaner . .	—	—	—	—	3	—	—	3
Andere Völker .	—	—	—	—	—	—	—	
Summa:	11	7	7	37	640	7	—	709

Aus dieser Zusammenstellung entnehmen wir, daß die Hebräer (Juden) die meisten wegen Geisteskrankheit deportierten Personen stellen (88), ihnen folgt Deutschland mit 80, Süditalien ebenfalls mit 80, die skandinavischen Reiche mit 55 und die Polen und Engländer mit 51 Personen. Deutschland liefert 80 geisteskranke und geistesschwache und epileptische Individuen, die aus Amerika wegen ihrer Erkrankung nach Hause zurückgeschickt werden. Berücksichtigen wir dabei die Gesamtzahl der im Jahre 1910 deportierten Personen in Höhe von 2695 Personen, so liefert Deutschland zu dieser Summe ungefähr 3% Individuen; für die Juden stellen sich die Verhältnisse so, daß sie ungefähr 3,3% der Deportierten wegen Geisteskrankheit etc. stellen.

III.

Fassen wir die Ergebnisse der vorliegenden Mitteilung zusammen, so haben wir gefunden, daß im Jahre 1910 379 Personen wegen Geisteskrankheit von dem Einwandern in die Vereinigten Staaten von Nordamerika ausgeschlossen worden sind, und daß 709 Personen wegen geistiger Störungen mit Epilepsie wieder in die alte Heimat zurücktransportiert worden sind. Es sind also im ganzen 1088 geisteskranke, geistesschwache und epileptische Personen, mit denen sich die Einwanderungsbehörden in Nordamerika zu beschäftigen gehabt hat, und die zum Teil der öffentlichen Fürsorge in Nordamerika, alle aber durch die Rücksendung den verschiedenen Schiffahrtsgesellschaften zur Last gefallen sind. Besehen wir diese Summe nach Prozenten im Verhältnis zur Einwanderung im Jahre 1910, so machen die in diesen Mitteilungen behandelten Individuen 0,1% der Gesamtzahl der Auswanderer aus, eine Zahl, die verhältnismäßig sehr gering ist, und die sicher zu gering ist, um eine eingehende speziell-irrenärztliche Untersuchung der Auswanderer vor ihrer Einschiffung nach Amerika zu rechtfertigen. Immerhin lehren aber die aufgeführten Zahlen, daß die Geisteskrankheiten, daß geistige Schwächezustände und Epilepsie eine gewisse Rolle bei der Auswanderung und Einwanderung spielen, und daß es im Interesse der Schiffahrtsgesellschaften wünschenswert erscheinen muß, daß von seiten der Schiffsärzte bei der Untersuchung der Auswanderer auf Geisteskrankheiten und psychische Abnormitäten vielleicht mehr Wert zu legen ist, wie das bereits jetzt der Fall ist; es dürfte sich daher doch empfehlen, daß von seiten der Schiffahrtsgesellschaften verlangt wird, daß die Schiffsärzte einige Erfahrungen auf psychiatrischem Gebiete aufweisen, was ja augenblicklich, da alle Medizinstudierende in Psychiatrie im Staatsexamen geprüft werden, erheblich mehr der Fall ist, wie das vor der Einführung der neuen Prüfungsordnung der Fall war. Auf die Unterbringung Geisteskranker an Bord und ihre Behandlung auf den Schiffen möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen, ich behalte mir aber vor, bei anderer Gelegenheit auf diesen Punkt in eingehender Weise zurückzukommen.

Neuhof b. Ückermünde, den 15. Juni 1911.

Pupillenstörungen bei Dementia praecox.

Von Med.-Rat Dr. *W. Fuchs*-Emmendingen.

In der neuen (2.) Auflage seiner „Pupillenstörungen" würdigt Bumke meinen Anteil an der Ausgestaltung des Dementia praecox-Bildes, indem er — meine Beobachtung der reflektorischen Starre bedingungslos und reichlich schroff ablehnt. Daß ich es war, der überhaupt zuerst*) ohne Vorbehalt und mit Nachdruck Pupillenstörungen (nicht ein einzelnes Symptom allein) in das Bild der Frühverblödungsprozesse eingefügt hat, wird abermals unberücksichtigt gelassen.

Da meine beiden älteren Arbeiten, auf die es hier ankommt, nicht jedermann zur Hand sein dürften, andererseits vielleicht manchem es erwünscht erscheinen wird, wenn er sich seine Ansicht zur Sache selbst bilden kann, so gebe ich im Folgenden die entscheidenden Stellen unverkürzt wieder. Ich sagte 1900 in der Prophylaxe in der Psychiatrie:

*) Bekanntlich schon 1899 bezw. 1900; Bumke nennt die Jahreszahl nicht, auch nicht in dem sonst sehr sorgfältigen Literaturverzeichnis, beliebt vielmehr meine Arbeiten unter den „neueren" zu rubrizieren.

„Die vorzeitigen Verblödungsprozesse zeigen neben den der Psychose im engeren Sinne zugehörigen Symptomen eine Reihe von Krankheitszeichen, die teils auf Intoxikation, teils auf Herderkrankungen hindeuten. Zu ersteren gehören die rashartigen Anfälle von Erregung, die Albuminurie, die Steigerung der Sehnenzeichen, die Hyperidrosis, die Sialorrhöe, die anfallsweise auftretende Mydriasis, zu letzteren gewisse Zwangslagen, die déviation conjuguée, die reflektorische Pupillenstarre. Jedenfalls ist wie die Dementia paralytica so nicht minder die Dementia praecox als eine organische Gehirnkrankheit zu bezeichnen, denn auch die Intoxikation kann primär zerebral bezw. nervös ausgelöst sein."

Und ein Jahr vorher, 1899, im Hausarzt als Psychiater:

„Die wichtigsten Charakteristika für diese vorzeitigen Demenzformen, die auch in ihrer zunehmenden Häufigkeit ein Seitenstück zur Paralyse darbieten, sind jedoch einmal die Zeichen der Willenssperrung: Arbeitaussetzen, Nahrungsverweigerung, Bettsucht, die zugekniffenen, oft blinzelnden Augen, das Fortwenden, die Stummheit, das Zurückhalten der natürlichen Ausscheidungen — und zweitens die Bewegungs- und Haltungsstereotypien: fortgesetztes Schreien eines absurden oder obszönen Satzes, Singen eines an sich ganz korrekten Refrains, unermüdetes Auf- und Niederwippen im Bett, im Kreise Herumlaufen, Taktschlagen und zahlloses andere. Von körperlichen Störungen sind Pupillenerscheinungen sehr erwähnenswert*), vorübergehende Lichtstarre, exzessive Weite, springende Differenz der Sehlöcher. Diese sogenannten katatonen Symptome, die man auch als passive und aktive Perseveration bezeichnen mag, sind also, wenn beherrschend ausgeprägt, prognostisch durchaus infaust; ebenso ist das Auftreten lichter Augenblicke in sonstiger Verworrenheit ganz im Gegensatz zur landläufigen Ansicht meist ein schlimmes Zeichen."

Die Beobachtungen entstammten dem reichen Material der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Aus der Not der Anstauung alter und alternder Fälle läßt sich die Tugend der Übung im Weitblick, im Erkennen des Längsschnittcharakters der Psychosen entwickeln und hieraus ein gewisser Grad von Gefeitheit gegen Fehldiagnosen. So betrachtet und genützt hat selbst die schlimmste Überfüllung ihre Lichtseiten.

*) Hier gesperrt.

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Fortsetzung.)

Beck[101]), der behauptet hatte, daß die nach Salvarsanbehandlung beobachteten Ohrenerkrankungen mit großer Wahrscheinlichkeit dem Salvarsan zuzuschreiben seien und diesen Standpunkt mit einiger Einschränkung auch nach weiteren Erfahrungen vertritt, wird von Haike und Wechselmann u. a. auch damit widerlegt, daß sie einen von ihm selbst zitierten Fall von isolierter luetischer Vestibularerkrankung (Bondy) anführen, in welchem nach Behandlung eines syphilitischen Ausschlags mit Quecksilberinjektionen in der Zeit vor der Entdeckung des „606" plötzlich Schwindel und Kopfschmerzen und 14 Tage später eine Parese des rechten Fazialis auftraten. Es bestand bei 11 m Flüstersprache totale Ausschaltung des Vestibularnerven. Wäre Salvarsan angewendet worden, so hätte man die Symptome auf dieses zurückgeführt. Gegen den Einwand, daß die Neurorezidive nicht luetisch seien, weil die Wassermannsche Reaktion vielfach in solchen Fällen negativ sei, führen die Verff. (in Übereinstimmung mit Ehrlichs Hinweis) an, daß solche auf eine oder wenige Stellen beschränkte Herde nicht hinreichen, um eine positive Reaktion hervorzurufen, und fügen hinzu: „Es ist vielfach bestätigt und allgemein anerkannt, daß bei luetischen Prozessen des Zentralnervensystems das Blut keinen positiven Wassermann zu geben braucht." Fälle von Labyrinthaffektion (aus der Zeit vor der Salvarsanentdeckung) mit negativem Wassermann, die

[101]) Beck, Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1910, Heft 12 und Münch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 3.

auf Quecksilber heilten, wurden von Stümpke[102]) publiziert.

Derselbe Autor hat bereits 1908 zwei Fälle von Labyrintherkrankungen im Frühstadium beschrieben, die zehn Tage bezw. acht Wochen nach einer Quecksilberkur aufgetreten waren und unter erneuter Quecksilberkur heilten.

Bei einem 14jährigen hereditär-luetischen Mädchen mit seit mehreren Jahren bestehender Schwerhörigkeit (luetische Labyrinth- und Mittelohrerkrankung), die mit energischer Schmierkur erfolglos behandelt worden war, und negativem Wassermann, besserte Salvarsan das Gehör und beseitigte die Schwindelanfälle.

Die Verfasser schließen aus ihren und anderen Beobachtungen:

„1. daß auch ohne Salvarsan ganz gleichartige Ohraffektionen auftreten können, deren Verlauf und Heilung ihre luetische Natur einwandfrei beweist;

2. daß also die Neurorezidive nicht eine spezifische neurotrope Wirkung des Salvarsans sind; was auch dadurch erhärtet wird, daß in allen von uns nach Salvarsanbehandlung beobachteten Fällen mit dem nervösen Apparat zugleich das Mittelohr — in einem Falle dieses allein — affiziert war.

Doch glauben wir, daß durch die Salvarsanbehandlung die üblichen Tertiärerscheinungen am Akustikus und Labyrinth häufiger in das Frühstadium der Syphilis gerückt werden. . . .“ Wechselmann erklärt dies damit, daß Spirochäten in eingekapselten syphilitischen Herden, deren Gefäße durch den syphilitischen Prozeß zeitweise undurchgängig sind, nicht genügend vom Salvarsan erreicht und durch solche unterhalb der abtötenden Dosis bleibenden Mengen des Mittels ein biologischer Reiz ausgeübt wird zu einer Betätigung der Spirochäten, der die beobachteten Neurorezidive hervorzurufen geeignet ist. Ohne diesen Reiz würden sich solche kleinste Spirochätenherde wahrscheinlich erst später entwickeln und in einem späteren Stadium der Erkrankung Symptome machen. Die Verfasser sehen in diesem modifizierten Verlauf der Dinge gegenüber dem bisherigen keinen Nachteil, eher einen Vorteil. Interessant ist noch folgender Fall: Erste Injektion ohne Einfluß auf die Roseolen. Nach der zweiten: Schwinden aller Erscheinungen bis auf eine Nackendrüse. Fünf Wochen darauf Akustikusaffektion. Auf dritte Injektion Heilung derselben.

Mit den Nervenerkrankungen nach Salvarsan beschäftigt sich Finger (Wien)[103]) nochmals eingehend unter Betonung, daß die von ihm zuerst gemachte Beobachtung schon von mehreren Seiten Bestätigung und Zustimmung gefunden hat. In den drei von ihm an dieser Stelle mitgeteilten Beobachtungen von Neuritis optika, einmal mit Okulomotoriuslähmung und Fazialisparese, zeigte sich nicht jene prompte Reaktion auf antiluetische Therapie, die man bei frischen, nicht vernachlässigten, nicht längere Zeit bestandenen Syphilisformen zu sehen pflege. Diese Nervenerkrankungen (Optikus, Akustikus, Fazialis) seien zweifellos häufiger als früher und treten stets um dieselbe Zeit, sechs bis acht Wochen nach der Salvarsaninjektion auf. Finger bestreitet, daß die unangenehmen Nebenerscheinungen bei Salvarsan von denen bei Atoxyl wesentlich verschieden seien, und bringt Literaturhinweise über Nervensymptome auch bei anorganischen Arsenpräparaten. Finger nimmt mit Rusch an, daß es sich vielleicht bei diesen Nervenerkrankungen um Sensibilisierung des Virus durch Salvarsan handelt, in manchen Fällen anscheinend tatsächlich um provozierte Lueserscheinungen. Finger ist also überzeugt, daß dem Salvarsan zweifellos neurotrope Wirkungen zukommen, wenn sie auch im ganzen nicht zu häufig auftreten; meist geht die Nervenschädigung nicht bis zur völligen Aufhebung der Funktion und neigt zu spontanem Rückgang, doch können nicht unerhebliche Schädigungen dauernd zurückbleiben.

Die Frage der Nervenerkrankungen nach Salvarsaninjektion wurde auch erneut in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 18. Januar 1911[104]) diskutiert. Die Meinungen waren geteilt. Finger betonte, daß das Auftreten von symptomenloser Neuritis optika in der Frühperiode der Syphilis durch systematische Spiegeluntersuchungen, die an seiner Klinik auch von Elschnig vorgenommen wurden, als nicht gar so selten bekannt ist. Dagegen seien Neuritiden mit Sehstörungen und Ausgang in Nervenatrophie bei früher Lues eine extreme Seltenheit, und pflegen diese Neuritiden sowohl spontan als auch auf antiluetische Behandlung prompt zurückgehen. Dasjenige, was auffalle, sei die Häufung solcher Fälle bei mit Salvarsan behandelten Patienten und die Tatsache, daß diese Neuritiden wie in zwei eigenen Fällen und im Falle Spitzer auf antiluetische Behandlung nicht oder nur ungenügend reagieren.

Ullmann[105]): „Über das Vorkommen größerer

[102]) Stümpke, Dermatolog. Zeitschrift 16, Heft 6, zit. von Haike und Wechselmann.

[103]) Bedenkliche Nebenerscheinungen bei mit Salvarsan behandelten Patienten. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 18.

[104]) Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 2.

[105]) a. a. O.

und kleinerer Nervenschädigungen, besonders an hochempfindlichen Nervenapparaten, also über die für viele noch immer fragliche Neurotropie des Salvarsans besteht auch für mich kein Zweifel mehr. Wohl aber zeigen mir die eigenen Erfahrungen, daß für solche Zufälle doch auch ganz gut die mangelnde Technik und falschen Applikationsweisen des Mittels und nicht die individuelle Toxizität des Präparates selbst daran Schuld tragen könnten." Ullmann hat keine üblen Erfahrungen, seitdem er ausschließlich intramuskuläre und ziemlich diluierte monazide Solutionen anwendet, weder allgemeine noch lokale Störungen. Die intravenöse Methode habe — bei dem großen Vorzug der Schmerzlosigkeit — unzweifelhaft weit mindere antiluetische Wirkung, dabei mehrere technische Schwierigkeiten für die Haus- und ambulante Praxis.

M. Oppenheim[106]) erzielte bei zwölf Nervenfällen (sechs Tabes, drei progressive Paralyse und drei Hirnlues) nur Erfolg in zwei Fällen von Hirnlues, sonst waren die Resultate negativ; bei Tabes beobachtete er in einem Falle sogar Verschlechterung, wie Zunahme der gastrischen Krisen in Häufigkeit und Heftigkeit, sowie ein Aufsteigen von der unteren auf die obere Körperhälfte. — Bei einer 25jährigen Frau, die wegen Mammasklerose und Exanthem 0,3 606 erhielt, entwickelte sich zwei Monate nach der Injektion eine rechtsseitige Neuritis optica spezifica, die stationär blieb trotz Quecksilberkur; dabei negative Wassermannsche Reaktion. Oppenheim erklärt das Symptom durch neurotrope Wirkung des Präparats kombiniert mit luetischer Erkrankung.

O. Kren[107]): „Bei Tabes oder progressiver Paralyse blieb der Erfolg entweder aus oder die Krankheit wurde schlechter."

G. Alexander[108]) weist vergleichend statistisch nach, daß die von Prof. Finger beobachteten Akustikuserkrankungen nach Salvarsaninjektion im rezenten Stadium der Lues mit dem Arsenobenzol in Verbindung gebracht werden müssen, da er in einem Zeitraume von sechs Jahren unter Heranziehung eines weit größeren Syphilitikermateriales, das speziell auf Ohrenerkrankungen syphilitischer Natur untersucht wurde, nur um einen Fall mehr (vier) gesehen, als Prof. Finger an dem mit Arsenobenzol behandelten Material seiner Klinik innerhalb sechs Monaten. Ein von Alexander selbst beobachteter Fall von Verschlechterung einer schon bestehenden Erkrankung des Vestibularis nach der Injektion läßt ihn den Satz aufstellen, daß in Fällen von rezenter Lues bei bereits vorhandener Erkrankung des Akustikus die Gefahr besteht, daß die Erkrankung durch die Verwendung von 606 verschlechtert wird; weitere Beobachtungen sollten feststellen, ob auch nicht-luetische Ohrerkrankungen eine solche Prädisposition schaffen. Auch bei älteren luetischen Akustikuserkrankungen ist eine ungünstige Beeinflussung zu befürchten. Dagegen dürfte nichts zu befürchten sein in den schon der früheren antiluetischen Behandlung zugänglich gewesenen Fällen von „chronischer luetischer Affektion des Hörnerven mit geringer Herabsetzung der Hörschärfe und bedeutendem Ohrensausen" und Fällen von chronischem Labyrinthschwindel, endlich auch bei nicht-akuten Labyrinthaffektionen bei hereditärer Lues.

Diese Frage hat noch weiter zu einer interessanten Auseinandersetzung Anstoß gegeben zwischen Mayer (Graz), Frey (Wien) und Alexander (Wien).

Mayer[109]) kommt zu dem Ergebnis, „daß Affektionen des Akustikus in allen Stadien der sekundären und tertiären Lues vorkommen können, andererseits aber möchte ich darauf hingewiesen haben, daß die nach „Ehrlich 606" beobachteten Affektionen des Akustikus sich in mancher Beziehung von den auf Lues beruhenden unterscheiden" (sc. besonders durch die isolierten Vestibularerkrankungen, dann das prompte Auftreten der Affektion wenige Stunden nach der Injektion (in einigen Fällen) und die große Zahl der in kurzem Zeitraum beobachteten Fälle).

Frey[110]) weist an der Hand der Literatur darauf hin, daß man auch in der Vor-Salvarsanzeit Erkrankungen des inneren Ohres im rezenten Stadium der Lues durchaus nicht so selten beobachtet hat, obgleich nicht einmal die systematische Untersuchung eines großen Materials von Syphilitikern in der Literatur vorliegt. Er stützt sich auch auf Benario[111]), der aus im Ehrlichschen Institute eingelaufenen Krankengeschichten über mit „606" behandelte Kranke entnehmen konnte, daß vor Anwendung des Mittels bei einer erheblichen Anzahl von Fällen Störungen von seiten des inneren Ohres vorhanden waren ($1\frac{1}{2}$ bis 7 Monate nach der Infektion); und zwar wurden diese durch Salvarsan geheilt oder gebessert.

---

106) M. Oppenheim, Diskussionsbemerkung, Wien. klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 49.

107) O. Kren, ebenda, Nr. 49.

108) G. Alexander, a. a. O., Nr. 50.

109) Wien. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 11 Über Erkrankungen des Akustikus bei erworbener Lues.

110) a. a. O., Über das Vorkommen von Erkrankungen des inneren Ohres in frühen Stadien der Syphilis.

111) Münch. med. Wochenschrift, Nr. 11, 1911.

Alexander[112]) sucht die Behauptung Mayers und Freys zu widerlegen und zu entkräften.

Weidenfeld[113]) vermutet, daß die bei Tabikern nach Injektion von 606 in verschiedenen Nervengebieten auftretenden Schmerzen einem Aufflackern schlummernder Herde entsprechen könnten, vielleicht aber auch einer Herxheimerschen Reaktion. Jedes Arsenpräparat hat eine Affinität zu den Nerven.

(Fortsetzung folgt.)

[112]) Wien. klin. Wochenschr. Nr. 13, Zur Frage der luetischen Erkrankungen des Labyrinthes und der Hörnerven.

[113]) Weidenfeld, a. a. O., 1910, Nr. 50.

Mitteilungen.

— **Rheinischer Hilfsverein für Geisteskranke.** Nach dem 10. Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz (E. V.) ist die Mitgliederzahl dieser segensreich wirkenden Vereinigung 1909/10 von 14955 auf 15856, also um 901 gewachsen. Die Mitgliedschaft der Stadt- und Gemeindekassen ist von 322 auf 344 gestiegen; darunter außer der Provinzialverwaltung und der Kgl. Regierung 26 Kreise, 75 Stadtkassen, 269 Gemeindekassen, 4 Armenverwaltungen, 4 Kirchenkassen usw. — Die Steigerung der laufenden Beiträge in Verbindung mit einmaligen Zuwendungen im Gesamtbetrage von 3376 M., darunter ein Vermächtnis des Herrn Frings-Süchteln von 2700 M., eine Spende von 500 M. und eine Zuweisung des Herrn Sanitätsrats Dr. von Ehrenwall in Ahrweiler von 140 M. hat eine willkommene Vermehrung des Vereinsvermögens herbeigeführt. Dasselbe bezifferte sich am 31. Dez. 1910 auf **80860,23 M.** Die laufenden Einnahmen betrugen im Berichtsjahre 1910 **36124,67 M.**, die Ausgaben **28357,96 M.** Es sind insgesamt 22812,33 Mark an Unterstützungen, also 1027,66 M. mehr als im Vorjahr gezahlt worden, wozu noch 1777,66 M. aus den Zinsen der Stiftung des früheren Hilfsvereins für Geisteskranke im Regierungsbezirk Düsseldorf kommen. Unter den wichtigsten Ereignissen des Berichtsjahres ist die Angliederung einer **Fürsorgestelle für Geisteskranke an das städtische Wohlfahrts-Amt in Essen** (Ruhr), wo die Kranken, die Genesenen, die Gefährdeten sich Rat und Unterstützung holen können, freudig zu begrüßen. — Trotz der wachsenden Ausdehnung, die der Hilfsverein in den letzten Jahren gewonnen, und trotz seiner ansehnlichen Aufwendungen zu Unterstützungen an Geisteskranke und ihre Angehörigen, mußten die Ausgaben für Unterstützungszwecke doch noch hinter dem wirklichen Bedürfnis erheblich zurückbleiben. Es gibt aber kaum ein Gebiet, auf welchem die Betätigung der barmherzigen Nächstenliebe so bitter not tut und sich so dankbar erweist als auf demjenigen der Fürsorge für die armen Geisteskranken.

— **Eine geistesgestörte Familie.** Auf Grund eines polizeiärztlichen Gutachtens wurde in Wien, am 14. Juli dieses Jahres, nachts, die 52jährige Tischlergehilfenswitwe Anna B. zugleich mit ihren drei erwachsenen Kindern Anna, 28 Jahre alt, Marie, 26 Jahre alt, und dem 30jährigen Goldarbeitergehilfen Josef B., wegen Verfolgungswahnes der Landes-Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof übergeben. Die Mitglieder der Familie B. litten schon seit längerer Zeit an Wahnvorstellungen, die sie in auffallender Weise zur Schau trugen. Freitag abend stürzte plötzlich die Mutter mit den Kindern an das offene Fenster ihrer in der Sechshauserstraße befindlichen Wohnung und alle schrien laut um Hilfe. Es sammelten sich Passanten an und alsbald umstand eine dichte Menschenmasse das Haus. Man verständigte die Polizeibehörde und als Wachleuten und Hausbewohnern, die Einlaß begehrten, endlich geöffnet wurde, krachte ein Schuß. Josef B. hatte in seiner Aufregung einen blinden Schuß abgefeuert. Die Mutter stürzte sich verzweifelt den Eintretenden entgegen und rief: „Wir werden verfolgt, es ist aber niemand da!" Die Wachleute brachten Frau B. mit ihren Kindern auf das Kommissariat, wo der Polizeiarzt Verfolgungswahn diagnostizierte.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Senat und Bürgerschaft von Hamburg haben für die Reorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg einen Betrag von 3810500 M. genehmigt.

— **Kosten.** In der Nacht vom 9. zum 10. Juli brach um ca. 1 Uhr im Frauenhause der alten Anstalt Feuer aus. Der Dachstuhl war auf noch nicht aufgeklärte Weise in Brand geraten. Das Frauenhaus, ein massiger, vierstöckiger Bau, aus einer ehemaligen Klosterkirche ausgebaut, besitzt nur eine Treppe. Es war somit noch ein Glück zu nennen, daß das Feuer im Dachstuhl begann und dadurch es verhältnismäßig leicht machte, sämtliche 76 Insassen des Gebäudes in Sicherheit zu bringen. Der Kostener freiwilligen Feuerwehr und dem Anstaltspersonal gelang es, das Feuer auf den Dachstuhl zu beschränken, der allerdings völlig niederbrannte. Das Verhalten des Wartepersonals verdient lobend hervorgehoben zu werden.

Referate.

— Becker, Dr. Th., Einführung in die Neurologie. Leipzig, 1910. Verlag von G. Thieme. 4 M.

Dem Verf., der eine vortreffliche, bereits in vierter Auflage erschienene „Einführung in die Psychiatrie" verfaßt hat, ist sein Plan, ein ähnliches Büchlein für die Neurologie herauszugeben, aufs beste gelungen. Das Wesentliche und Notwendige ist in kurzer und prägnanter Form und in möglichst plastisch-einfacher Darstellungsweise hervorgehoben. Bei dem immer höher steigenden Preis der meisten größeren Lehrbücher wird das Buch Beckers den Studierenden und dem nicht-spezialistischen Arzt recht willkommen sein. Alles Wichtige, was der Nichtspezialist aus dem Gebiete der Neurologie wissen und berücksichtigen muß, findet er in diesem Buche. Bei den graphischen

Apparaten und Registriermethoden sind besonders die von Sommer behandelt, mit welchen Verf. selbst in Sommers Klinik gearbeitet hat.

Therapeutisches.

Adalin.

Über Adalin. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Eulenburg, Berlin. (Medizinische Klinik 1911, Nr. 10.)

In den von Eulenburg beobachteten Fällen: Ziemlich schwere und hartnäckige, bereits mit verschiedenen anderen Schlafmitteln vorbehandelte Insomnien, bei chronischen Neurosen und Psychoneurosen, im Verlaufe von Neurasthenien, nervösen Depressions- und Erschöpfungszuständen, Angstneurosen, Hysterie, bei Unfallsneurotikern usw., sowie bei depressiven psychischen Krankheitszuständen, Involutionsmelancholien, beginnender arteriosklerotischer Demenz usw., krankhaften Zuständen im Zirkulationsapparat, mit Basedowscher Krankheit, Herzinsuffizienz und Arteriosklerose, bewährte sich das Adalin zu vollkommener Zufriedenheit (1,0 auf einmal; $^1/_2$ bis 1 Stunde vor dem Schlafengehen in Verbindung mit warmem Getränk, in Pulver- oder in Tablettenform). Nebenerscheinungen oder üble Folgewirkungen wurden ebensowenig bemerkt wie (bei täglichem, acht bis zehn Tage fortgesetztem Gebrauch) kumulative Effekte.

Über ein neues Sedativum und Hypnotikum (Adalin). Von Dr. Georg Flatau, Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Berlin-Charlottenburg. (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1910, Nr. 52, S. 2425.)

Nach Flataus Versuchen reicht auch in schweren Fällen von Schlaflosigkeit 1 g Adalin zur Wirkung aus. 0,6 und 0,5 g für mittelschwere Schlaflosigkeit mit abends gesteigerter Unruhe und Aufgeregtheit.

Eine ganz hervorragende Neuheit, ebenso wie eine große Ersparnis, bietet sich, wie aus dem Inseratenteil ersichtlich ist, unsern werten Lesern. Mit der **Heftnadelmappe „Fixa“** kann man, ohne Geld für teure Einbanddecken auszugeben und ohne zu warten, bis ein Jahrgang komplett ist, selbst mit einem Handgriffe diese wie jede andere Zeitschrift binden. Der Preis dieser so einfachen wie überaus praktischen Neuheit beträgt nur M. 1,50, und ist dieselbe durch den Verlag dieser Zeitschrift zu beziehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 5. August **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Versuche mit Adalin bei Geisteskranken. Von Hilfsarzt Paul Reiß, Bayreuth. (S. 181.) — Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten. Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. Bresler. (Schluß.) (S. 193.) — Mitteilungen (S. 187): Der zweite Kurs und erste Kongreß für Familienforschung, Vererbungslehre und Rassenhygiene. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte. Eine öffentliche Schlaf- und Ruhehalle. Ein Universitäts-Institut für experimentelle Psychologie in Wien. Salvarsan bei syphilitischen Nervenleiden. — Referate. (S. 188.) — Therapeutisches (S. 188): Adalin, Diplosal.

Versuche mit Adalin bei Geisteskranken.

Aus der oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth (Direktor Dr. Hock).

Von Hilfsarzt *Paul Reiss.*

Im Auftrage meines Chefs, des Herrn Direktor Dr. Hock, stellte ich während eines Zeitraumes von sechs Monaten praktische Versuche mit dem von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in den Handel gebrachten Adalin auf den mir unterstellten Frauenabteilungen — unruhigen Wachen — an. Da in unserer Anstalt eine weitgehende Überfüllung herrscht und wir sowohl im Interesse der Kranken wie des Pflegepersonals genötigt sind, von Schlafmitteln einen ausgiebigen Gebrauch zu machen, so war ich mit der Wirkung der hauptsächlich in Gebrauch befindlichen Hypnotika bei den zu den Versuchen herangezogenen Kranken wohl vertraut und dadurch in die Lage versetzt, Vergleiche zwischen den einzelnen Mitteln zu ziehen.

Das Adalin, seiner chemischen Zusammensetzung nach Bromdiaethylcarbamid von der Formel

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} Br \\ COHNCONH_2 \end{matrix}$$

wurde fast stets ohne jedes Widerstreben genommen, und habe ich von Patientinnen, die noch zu einem Urteil fähig waren, immer die Versicherung bekommen, daß es fast keinen Geschmack hervorrufe und keine Übelkeiten mit sich bringe. Erbrechen konnte ich nie konstatieren; nie fand ich eine Pulsbeschleunigung oder auffallende Pulsverlangsamung, geschweige denn eine durch das Mittel hervorgerufene Unregelmäßigkeit im Verhalten des Pulses, nie eine Einwirkung auf das Herz. Der Blutdruck erschien nicht beeinflußt. Die Bromausscheidung im Harn konnte schon nach $2^1/_2$ Stunden nachgewiesen werden. Selbst von zwei körperlich schwer erkrankten Patientinnen wurde Adalin gut vertragen. Benommenheit nach dem Erwachen, Kopfschmerz, Mattigkeit konnte ich nie beobachten. Die Atmung während des Schlafes war ruhig und gleichmäßig. Der erzielte Schlaf schwankte je nach der Dosis und der bestehenden Erregung zwischen zwei bis sieben Stunden. Es konnte festgestellt werden, daß die beruhigende Wirkung auch nach dem Schlafe noch einige Zeit vorhielt. Wurden die Patientinnen in ihrem Schlafe irgendwie gestört, so versanken sie nach kurzer Zeit wieder in ruhigen Schlaf. Das Medikament wurde sowohl in Pulver- wie Tablettenform gegeben, in der Regel eine Stunde nach dem Essen. Bei Kranken, die die Aufnahme von Arzneien verweigerten, ließ ich Adalin mit der Suppe verabreichen, wo es dann in jedem Falle anstandslos genommen wurde.

Die Abgabe des Mittels erfolgte in verschiedenen Dosen. Anfänglich versuchte ich es mit einer Dosis von dreimal täglich 0,25 g, sah jedoch schon nach den ersten Tagen, daß ich damit nur bei leichteren Erregungen Erfolg erzielen konnte. Für schwere Erregungen mußte ich, um zu einer Wirkung zu gelangen, die Dosis auf dreimal täglich 0,5 bis 1 g steigern. Die Wirkung war eine derartige, daß die Dauer der Erregung, gegen sonst wenigstens, etwas herabgesetzt wurde, daß die Erregung etwas milder verlief und die Nachtruhe selbst bei den größten Erregungen wenigstens teilweise gesichert war. Bei einigen Kranken setzten auf regelmäßige Gaben die sonst periodisch in kürzerer Zeit wiederkehrenden Erregungen auf eine Reihe von Wochen aus. Eine senile Demenz mit lebhafter Agitation, Bettflucht und großer sprachlicher Unruhe wurde nach 14tägiger Behandlung soweit beruhigt, daß ich schon seit

Diagnose	Zahl der Kranken	Charakter der Erkrankungen	Verabreichung.	mit Erfolg	ohne Erfolg
Dementia senilis	11	Mittelstarke, öfters höchste geschwätzige Erregung, motorische Unruhe; Bettflucht; nächtliches Lärmen; kein Schlafbedürfnis	63	51	12
Epileptische Seelenstörungen	7	Leichte bis hochgradige Erregung mit Verwirrtheit und Gereiztheit; Schreiparoxysmen	15	14	1
Hysterische Seelenstörungen	2	Erregung und Verstimmung mittlerer Stärke	6	4	2
Dementia praecox	15	Plötzliche leichte und schwere Erregungen auf Grund von Halluzinationen	48	36	12
Manisch-depressives Irresein und chronische melancholische Zustände	6	Ängstliche und heitere Erregung mittleren Grades; traurige Verstimmungen mit halluzinatorisch bedingten Erregungen; Bettflucht; Ruhelosigkeit; ratloses Umherdrängen; kein Schlaf; motorische Unruhe	18	16	2
Progressive Paralyse	1	Bewegungstrieb; Lärmen und Schreien	4	4	—
Summa:	42		154	125	29

Monaten kein Schlafmittel anzuwenden brauche. In einem Falle von größerer manischer Erregung mit ins äußerste gehender Ideenflucht versagte Adalin bei einer vierwöchigen Anwendung völlig. Allerdings war in diesem Falle auch mit anderen Sedativen keine Wirkung zu erzielen.

Beispiele von guter Wirkung sah ich bei dieser Verabreichungsart besonders bei den Erregungszuständen im Gefolge der epileptischen Seelenstörung, wobei der Erfolg vielleicht durch die Bromierung erklärt werden kann.

Eine Beeinflussung von Wahnideen fand selbstverständlich nicht statt.

Gewöhnung an das Mittel wurde nie wahrgenommen und führe ich als Beleg dafür an, daß bei einer Kranken, die 14 Tage lang ununterbrochen Adalin erhielt, die Wirkung am Tage der letzten Verabreichung die gleiche war wie am ersten Tage.

Die bei den geschilderten Versuchen gemachten Erfahrungen veranlaßten mich bei der nun folgenden Erprobung des Adalin als Hypnotikum eine Scheidung unter den einzelnen Kranken nach der Art ihrer Erkrankung vorzunehmen und größere Erregungen von vorneherein auszuschließen. Als Kriterium benutzte ich bei den weiteren Versuchen die Dosis von 0,5 g, davon ausgehend, daß Adalin in dieser Dosis in den Handel gebracht wird, und gab diese regelmäßig während des Essens oder eine Stunde hernach.

Die Wirkungsweise als Hypnotikum läßt sich am besten aus der vorstehenden Zusammenstellung ersehen, die ich soweit möglich der von Jennike in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift (Jahrgang XII, Nr. 50) veröffentlichten Tabelle angliedere.

Es wurde zur Herbeiführung von Schlaf Adalin an 42 Frauen in zusammen 154 Einzelgaben von je 0,5 g verabreicht.

Vergleicht man die hier angegebenen Zahlen mit denen, die Jennike (l. c.) fand, so ergibt sich eine ziemlich weitgehende Übereinstimmung.

Schließlich zog ich auch noch schwerste Erregungen in den Kreis meiner Beobachtungen und kam auch hierin, bei einer Steigerung bis zu 2,0 g pro dosi, meistens zu einem befriedigenden Erfolg.

Ziehe ich das Ergebnis aus meinen Versuchen, so komme ich zu dem Resultate, daß Adalin bei Geisteskranken als prompt wirkendes, mittelstarkes Hypnotikum und Sedativum warm empfohlen werden kann.

Zur Anwendung eignen sich nach meinen Erfahrungen in erster Linie Fälle von seniler Demenz und epileptischer Seelenstörung. Geeignet ist es ferner in allen jenen Fällen von mittelstarker Erregung und Verstimmung, die sich im Anstaltsleben oft so unangenehm bemerkbar machen. Zur Bekämpfung stärkerer Erregungen leistet es zwar gute

Dienste; jedoch steht hier einer allgemeinen Anwendung einmal die hohe Dosis und nicht zuletzt der Preis des Medikamentes entgegen. Ein Hauptvorteil des Adalin ist es, daß es frei von unangenehmen Neben- und Nachwirkungen ist und ohne jede Gefahr auch bei körperlichkranken und hinfälligen Patienten gegeben werden kann. Eine Kumulierung findet, wie sich aus der raschen Bromausscheidung ergibt, nicht statt; Gewöhnung tritt nicht ein. Bei Verweigerung der Aufnahme von Arzneimitteln kann es leicht mit der Nahrung beigebracht werden, ohne daß bei seiner Geschmacklosigkeit der Zusatz erkannt wird.

Adalin wird zwar mit den souveränen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, z. B. Skopolamin, namentlich auch wegen seines Preises nicht konkurrieren können, wird sich aber wegen seiner sonstigen Vorzüge einen dauernden Platz im Arzneischatz der Anstalten für psychische Erkrankungen zweifellos erwerben.

Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel, bei syphilitischen Nervenkrankheiten.

Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*.

(Schluß.)

Um eine luetische Optikusneuritis handelte es sich in einem von v. Zumbusch[114]) beobachteten Falle, wo drei Monate nach Injektion von 0,4 606 und dadurch erreichtem Schwinden des sekundärluetischen Exanthems luetischer Haarausfall, heftigste Kopfschmerzen und Sehstörungen eintraten, die nach 15 Quecksilbereinreibungen schwanden, aber später nochmals wiederkamen. Dagegen bezieht Dimmer[115]) auf das Arsenobenzol eine zirka drei Wochen nach der Injektion von 0,45 606 (wodurch eine Iridozyklitis luetika geheilt war) aufgetretene Papilloretinitis — eine sehr ungewöhnliche Erkrankung bei so frischer Syphilis. — Rusch[116]) faßt eine schwere Affektion der Nervi acustici und des linken Nervus opticus, die zwei Monate nach 0,5 606 bei einer vor ³/₄ Jahren luetisch infizierten Frau auftrat, als luetische Erkrankung auf (Quecksilber-Jodbehandlung brachte Besserung); doch hält er einen sensibilierenden, irritierenden Einfluß des Arsens nicht für ausgeschlossen. — Spitzer[117]) demonstrierte einen Fall von Neuritis optika, die zwei Monate nach Injektion von 0,4 auftrat, bei dem er es unentschieden läßt, ob Arsenneuritis oder Rezidiv. Bei dieser Gelegenheit wies Riehl[118]) darauf hin, daß F. Becker 1907 bei 200 Syphiliskranken der Frühperiode 6% mit Neuritis optika gefunden hat; diese stellt nur eine vorübergehende Erscheinung dar und führe in der Regel nicht zur Erblindung.

Frühauf[119]): Bei einem Fall von Erblindung des einen Auges und beginnender Optikusatrophie am anderen kam es nach der Injektion zu einer mäßigen, leider nur vorübergehenden Besserung des Sehvermögens.

Mattauschek[120]): Von 27 Fällen teils spinaler, teils zerebraler Lues, teils latenter Syphilis mit nervösen Allgemeinerscheinungen wurden 15 = ca. 55% geheilt resp. weitgehend gebessert, darunter mehrere Fälle mit psychischen Störungen und gegen Quecksilber und Jod refraktäre Fälle. Er hebt besonders die rasche Wirkung hervor. In 4 Fällen blieb der Erfolg aus. — 3 Rezidive: 1. Bei einer auf 0,3 rasch gebesserten Endarteriitis luetika mit Hemiplegie trat nach 2 Monaten eine neue, nun schwere Hemiplegie auf, bei welcher 0,6 auf Symptome und Blutbefund ohne Erfolg war. 2. Bei einer partiellen Okulomotoriuslähmung trat auf 0,4 Heilung auf; bei einem 4 Wochen später erscheinenden Rezidiv war 0,7 erfolglos. 3. Bei einem Fall von Meningomyelitis mit Brown-Sequardschem Lähmungstypus, wo nach 0,6 verblüffend rasche, fast vollkommene Heilung auftrat, persistierte der Interkostalschmerz und wurde die Wassermann'sche Reaktion wieder positiv. — Wassermann wurde in 60% der Fälle negativ, und zwar innerhalb 6—8 Wochen. Bei 17 Fällen metaluetischer Erkrankungen (5 Tabiker, 10 initiale Paralytiker) 12 = 70% ohne Erfolg, 3 noch nicht spruchreif. Bei zwei Tabikern sehr günstiger Erfolg hinsichtlich lanzinierender Schmerzen und Larynxkrisen und objektive Besserung der Sensibilität. Bei einem degenerativ neurasthenischen

114) v. Zumbusch, a. a. O., Nr. 50.
115) Dimmer, a. a. O., Nr. 50.
116) Rusch, a. a. O., Nr. 50.
117) Spitzer, a. a. O., Nr. 50, p. 1823.
118) Riehl, ibidem.
119) ibidem, p. 1825.
120) Mattauschek, a. a. O. p. 1825.

Metaluetiker trat nach der Injektion ein Erregungszustand mit Schüttelfrösten, Tachykardie, 39,3°, 14 Stunden dauernd, auf. Ein latenter Luetiker bekam starke diffuse Schmerzen und ging körperlich sehr zurück, erst nach acht Wochen erholte er sich. — In keinem Falle schädliche Wirkungen auf Optikus oder Akustikus. Mattauschek „resumiert vorläufig", daß die Behandlung mit Ehrlich-Hata 606 selbst bei Spätformen luetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems sehr gute, mitunter verblüffend rasche Heilerfolge gibt".

Biehl[121]) hat bei den 270 im Garnisonspital Nr. 1 in Wien injizierten Fällen nur einmal eine in 2 Tagen vorübergehende Schädigung des Akustikus gesehen, Reizung des Vestibularis, 4 Tage nach der Einspritzung von 0,6 auftretend: Übelkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörung, horizontaler Nystagmus nach links. Er hält es für möglich, daß ein latenter Herd durch die Injektion frisch angefacht und zum Stillstand gebracht wurde.

Frey[122]): Bei einem 30jährigen Manne mit makulo-papulösem Exanthem schwand letzteres bald auf 0,5, am 9. August injiziert. Ende Oktober eine Affektion des inneren Ohres; Mitte November Exanthemrezidiv. F. vermutet, daß die Ohraffektion ein Symptom der rezidiven Lues ist.

Pal[123]): 1 Fall von Tumor zerebr. starb 3 Wochen nach der Injektion an seinem Tumor. — 23 Tabes-Fälle. In 3 Fällen war kurz nach der Injektion schon ein Fortschreiten der Erkrankung nachzuweisen, allerdings war nur 0,3 injiziert worden. In 5 Fällen wurde eine mehr oder minder auffällige Besserung angegeben. Unter 5 Krisenfällen blieben bei zweien die Krisen einstweilen weg, in zwei andern kehrten sie wieder, in einem in besonders heftiger Weise. In 8 Fällen zerebraler und zerebrospinaler Lues war bei vieren eine objektive Besserung feststellbar. In einem dieser Fälle zeigte eine nach 3 Monaten vorgenommene zweite Injektion keine weiteren Fortschritte mehr.

Königstein[124]) sah bei einem aus luetischer Familie stammenden neunjährigen Mädchen mit spastischer Spinalparalyse und Pupillenstarre und positiver Wassermannscher Reaktion von 606 keinen Erfolg, auch nicht von Jod.

W. Pick[125]): 12 Fälle von Tabes und 2 von beginnender progressiver Paralyse. „Nachdem in einigen Fällen von Tabes deutliche Mißerfolge konstatiert worden waren, wurde die weitere Behandlung solcher Fälle regelmäßig abgelehnt." Mehrere vorgekommenen Fälle von Optikus- uud Akustikusstörungen sieht Pick als Luesrezidive an, da sie durch Quecksilberbehandlung und in zwei Fällen auch durch das Ehrlich'sche Mittel gebessert wurden. In einem Falle von Tabes besserte sich die Ataxie in weitgehendem Maße; in einigen Fällen besserten sich die subjektiven Symptome, in anderen steigerten sich die Beschwerden.

Sträußler[126]) erörterte mit Rücksicht auf die Ehrlich-Hata-Behandlung die Beziehung zwischen Lues und Paralyse. Spezifische, gummöse Syphilis kommt nur selten als Ursache von Psychosen in Betracht. Psychische Störungen, die unter dem Symptomenbild der Paralyse verlaufen, sind bei gummöser Syphilis meist auf das gleichzeitige Bestehen des metasyphilitischen Prozesses der Paralyse zurückzuführen. Sträußler glaubt, daß die sterilisierende Therapie mit 606 für die Psychiatrie keine besondere Bedeutung haben dürfte.

Müller[127]): Bei einer 19jährigen Patientin, deren Sklerose und makulöses Exanthem im August 1910 auf 0,45 (Wechselmann intraglutäal) ungemein rasch geschwunden war, trat 2 Monate nach der Injektion Okulomotoriuslähmung rechts, Fazialisparese und beiderseitige Neuritis optika auf. Zweite Injektion von 0,45 (nach Wechselmann) bringt keine Änderung. Auf intensive Quecksilber- und Jodbehandlung nur geringe Besserung der Okulomotoriuslähmung; keine Besserung der Neuritis optika; auf einem Auge beginnende Atrophie. Wassermann positiv. M. hält die Erkrankung für ein Luesrezidiv.

Dr. Emanuel berichtete kürzlich in der Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin aus der Edelschen Anstalt (Charlottenburg) über die Wirkung der Salvarsanbehandlung an psychiatrisch-neurologischem Material (19 Beobachtungen.) (Seitdem zahlreiche neue Beobachtungen mit gleichem Resultat.) Über die Erfolge der Kur bei 2 Fällen von basaler gummöser Meningitis wird ausführlich berichtet. Charakteristisch ist die prompte Wirkung besonders auf Temperatur und Kopfschmerzen, dagegen war auch bei wiederholten Gaben die Wirkung keine nachhaltige. Diesen Fällen wird ein Fall von luetischer Convexitätsmeningitis gegenübergestellt, bei dem Jodbehandlung

[121]) Biehl, a. a. O. p. 1825.
[122]) Frey, a. a. O. p. 1826.
[123]) Pal, a. a. O. p. 1827.
[124]) Königstein, a. a. O. p. 1829.
[125]) W. Pick, a. a. O. Nr. 51, p. 1868.

[126]) Sträußler, Lues cerebri, deren Kombination mit progressiver Paralyse und Differentialdiagnose, a. a. O. p. 1893.
[127]) Müller, Wien. klin. Wochenschr. 1911 p. 186.

allein ebenfalls prompt die bedrohlichen und quälenden Symptome beseitigte.

In Übereinstimmung mit Oppenheim und anderen Autoren läßt sich also bezüglich der Anwendung des Salvarsans bei diesen Fällen sagen, daß es nicht mehr zu leisten scheint wie Quecksilber und Jod, daß es aber noch Effekte haben kann, wo diese Mittel versagen. Da man sich nicht auf die Dauerwirkung verlassen kann, empfiehlt es sich, der Salvarsanbehandlung rechtzeitig Quecksilberbehandlung folgen zu lassen.

Bei einer Apoplexie auf luetischer Basis war kein Erfolg nach Salvarsan zu verzeichnen. Bei einem Fall von Tabes wurden die lanzinierenden Schmerzen einige Tage besser, verschlimmerten sich aber dann wiederum. Bei einem anderen Tabiker, der infolge eines Abscesses nach der Injektion sehr heruntergekommen war, schloß sich kurz darauf eine paralytische Erkrankung an.

Bei sämtlichen Fällen von Paralyse, die auf Wunsch der Angehörigen der Kranken behandelt wurden, waren die Resultate durchaus negativ. Weder die Fälle des „Wetterleuchtens" konnten ihrem Schicksal durch das Mittel entrissen werden noch auch die übrigen Abstufungen der Erkrankung. Außer einer vorübergehenden Besserung von Kopfschmerzen in einem Falle wurde weder ein günstiger Einfluß auf das körperliche Befinden noch auf die psychischen Erscheinungen gesehen. Bei einigen Fällen mußte man direkt den Eindruck gewinnen, daß der Verlauf im ungünstigen Sinne beeinflußt wurde.

Bei Paralyse ist daher von einer Salvarsanbehandlung abzuraten, wenn es sich nicht um Fälle handelt, bei denen die Diagnose zweifelhaft sein kann.

Sehr merkwürdig ist die umstimmende Wirkung der Salvarsanbehandlung bei Paralyse auf die Wassermannsche Reaktion. Daß das Negativwerden der Wassermannschen Reaktion nicht als Beweis für einen heilenden Einfluß aufgefaßt werden kann, lehrt ja schon die klinisch zu beobachtende Tatsache, daß die Reaktion bei zunehmendem Verfall negativ bleiben kann. Dr. Emanuel ist zur Zeit mit Versuchen über diesen Gegenstand beschäftigt. Bekanntlich geben Kaninchen, ohne daß sie Lues haben, häufig eine positive Wassermannsche Reaktion. Wendet man bei diesen Tieren Salvarsan an, so kann man öfters Herabsetzung des Titers der Wassermanschen Reaktion, ja sogar ein völliges Umschlagen der positiven Reaktion sehen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Der Vortragende macht nur mit großer Reserve Mitteilung von ihnen.

(In diesem Zusammenhang erscheint vielleicht folgende Mitteilung Traube's von Interesse:

Traube[129]) erklärt die Wirkung des Salvarsans mit dem diesem innewohnenden Flockungsvermögen, das vom Milieu unabhängig ist, vorausgesetzt, daß dieses saure (anionische) Stoffe enthält; er hält die Wirkung also für rein physikalisch bedingt u d meint, man dürfe sich nicht wundern, wenn sich herausstellen sollte, daß das Arsen hier ebenso gut durch andere verwandte Elemente ersetzt werden kann. 1 Tropfen einer 0,4 % igen Salvarsanlösung = 0,00036 g Salvarsan. Zur Hervorbringung einer sichtbaren Flockung im Serum des Menschen, die Blutmenge zu 4 Liter angenommen, sind also 0,7 g Salvarsan erforderlich.)

Bereits in einem Vortrage am 23. Oktober 1910 hatte Willige[130]) die Erfahrungen der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. mit „606" bei diesen Erkrankungen wie folgt zusammengefaßt:

„1. Die Wirkung des Ehrlich-Hataschen Syphilisheilmittels auf die metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems läßt sich noch nicht mit Sicherheit beurteilen.

2. Einige Erfahrungen sprechen für die Möglichkeit, durch Ehrlich-Hata bei Paralytikern Besserungen zu erzielen, oder den Eintritt von Remissionen zu begünstigen.

3. Die Art des zweckmäßigsten Vorgehens, ob einmalige Injektion hoher Dosis, oder mehrfache schwächere, oder schließlich Kombinationen mit andern Mitteln, muß durch weitere Versuche festgestellt werden. Nach unserer vorläufigen Ansicht scheinen mehrfache schwächere Dosen den Vorzug zu verdienen.

4. Ein deutlicher regulärer Einfluß des Mittels auf die Wassermannreaktion bei den in Rede stehenden Erkrankungen tritt nicht immer ein. Wenn die Wassermannreaktion nach Einverleibung des Mittels negativ wird, so ist das meist nur vorübergehend der Fall, in ganz geringem Prozentsatz scheint, soweit sich das bislang sagen läßt, die Wassermannreaktion dauernd zu verschwinden. Dieser Einfluß auf die Wassermannreaktion scheint nicht abhängig zu sein von der Höhe der Dosis, ebensowenig geht die Beeinflussung der Wassermannreaktion Hand in Hand mit den nach der Injektion beobachteten Besserungen und Verschlechterungen der eigentlichen Krankheit.

[128]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, Nr. 7. Zur Therapie der Syphilis.

[129]) Münch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 46.

5. Bei den metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems einschließlich der Paralyse ist die Anwendung von „606" im allgemeinen nicht gefährlicher als bei andern Krankheiten.

Auch die Affektionen des Optikus schließen die Anwendung wenigstens nicht a priori aus.

Die schwere Form des Diabetes ist eine Kontraindikation für „606".

Auf Grund dieser Ergebnisse werden wir das Arsenobenzol weiter, besonders bei der progressiven Paralyse prüfen, daneben aber bei den anderen metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und besonders bei der Tabes unsere alten Methoden zunächst beibehalten, und zwar auch die Injektionen von Acidum arsenicosum und anderen unschädlichen Arsenpräparaten weiter anwenden, von denen wir bei den meisten organischen Nervenkrankheiten Besserungen sahen, die nach den Erfahrungen von Herrn Geheimrat Anton, der sie schon in seiner Tätigkeit in Graz in ausgedehnter Weise in Anwendung zog, nunmehr bereits jahrelang anhielten. Es soll hiermit keineswegs die große Bedeutung des Ehrlich-Hataschen Heilmittels auch für die organischen Nervenkrankheiten herabgesetzt werden, . . . es sollte nur gesagt werden, daß wir vorläufig noch nicht berechtigt sind, alle bisherigen erprobten Methoden zugunsten des Ehrlichschen Mittels aufzugeben."

Zum Schluß sei noch angeführt, daß Professor v. Zeißl (Wien) [131]) auf Grund seiner Beobachtungen es als eine entschieden unrichtige Behauptung zurückweisen zu müssen glaubt, daß infolge der Anwendung des Salvarsans Nervenerkrankungen zustande kämen; er selbst habe in einer Woche 3 Syphilitiker zu Gesicht bekommen, bei denen es ohne vorherige Behandlung mit Quecksilber, Jod oder Salvarsan zu Fazialislähmung, Schwerhörigkeit oder Ohrenklingen kam. — Prof. Westphal [132]) beschreibt einen Fall, wobei Tabes und Meningitis spinalis syphilitica 7 Stunden nach Injektion von 0,4 Salvarsan plötzlich Atembeschwerden (Phrenikuslähmung) auftraten und in der darauffolgenden Nacht der Tod erfolgte. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks bestätigte die Diagnose der Krankheit (Erkrankung der vorderen Wurzeln des Halsmarks und oberen Dorsalmarks, Meningitis spinalis syphilitica). Nach Westphal beweist der Fall, als erster, durch die anatomische Untersuchung die Richtigkeit der Ansicht Ledermann's (Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 13): „Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, daß durch das Salvarsan eine latente syphilitische Neuritis deutlich in die Erscheinung tritt." Bei der Patientin Westphal's hatten „während des gesamten Krankheitsverlaufes niemals Atemstörungen oder klinische Symptome irgendwelcher Art bestanden, welche die Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung der Phrenizi hättehinlenken können." — Endlich haben sich A. Géronne und C. Guttmann [133]) unter Veröffentlichung von 13 Krankheitsgeschichten mit Nervenerkrankungen nach Salvarsananwendung dahin ausgesprochen, daß diese Nervenerkrankungen nicht Erscheinungen von Arsenvergiftung sind, sondern Syphilissymptome; selbst die in einem Falle beobachtete Reizung von Rückenmarkshäuten ist schon in der Vor-Salvarsanzeit bei frischer Syphiliserkrankung beobachtet worden; das gleiche gilt von einer syphilitischen basalen Meningitis (gleich im Beginn der Syphilis rasendste Kopfschmerzen) und zwei weiteren ähnlichen Fällen, sowie den übrigen Fällen von Gehirnnervenerkrankungen. Die Verff. teilen mit, daß sie vier Fälle von syphilitischen Akustikusaffektionen ohne Salvarsanbehandlung beobachtet haben, die ganz dem klinischen Bilde der nach Salvarsanbehandlung aufgetretenen Akustikusaffektionen entsprachen.

Die Verfasser haben bei der überwiegenden Mehrzahl ihrer Patienten diese Nervenerkrankungen erneut mit Salvarsan behandelt und in allen diesen mit Salvarsan behandelten Fällen eine günstige Beeinflussung, meist prompte Heilung dieser Affektionen erzielt (soweit sie das bis zum Abschluß ihres Aufsatzes verfolgen konnten), in keinem Falle trat auf erneute Salvarsanbehandlung Verschlechterung ein.

Da die Verff. unter ca. 300 mit Salvarsan behandelten Syphilitikern — wegen genügend langer Beobachtungsdauer statistisch verwertbare Fälle — 13 Nervenrezidive, und zwar meist schon 4 oder 5 Monate nach der Infektion und meist 6—8 Wochen nach Salvarsan auftreten sahen, also eine nicht unwesentliche Steigerung der Zahl derartiger, außerdem auffallend früher Nervenrezidive, seitdem die Syphilis mit Salvarsan behandelt wird, so meinen sie, daß die Möglichkeit erwogen werden müsse, daß dem Salvarsan doch gewisse Wirkungen auf die Nerven

[130]) Über die bisherigen Erfolge der Syphilisbehandlung mit Salvarsan (606) und die Aussicht auf Dauerheilung. Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 12.

[131]) Über einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes und Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks. Berl. klin. Wochenschr., 1911, Nr. 22.

[132]) Zur Frage der Neurotropie des Salvarsans. Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 11.

innewohne, ausreichend, um eine leichte Veränderung des Nervensystems zu bedingen. Sie meinen, es würde sich bei dieser Möglichkeit um eine „traumatische Lues" handeln (also Ansiedlung des Syphiliserregers in einem durch Salvarsan beeinflußten Nervensystem).

Jedenfalls glauben die Verff. bewiesen zu haben, „daß wir bei den in Rede stehenden Nervenaffektionen der Hauptsache nach Syphilisrezidive vor uns haben . . ." und dargetan zu haben, „daß wir bei Anwendung von Salvarsan, speziell bei sekundärer Lues, häufiger derartige Erkrankungen des Nervensystems werden auftreten sehen." Sie empfehlen, gegen diese syphilitischen Nervenrezidive mit Quecksilber vorzugehen.

Mitteilungen.

— Der zweite **Kurs** und erste **Kongress** für **Familienforschung, Vererbungslehre und Rassenhygiene** wird im April 1912 in Gießen unter Leitung von Prof. Sommer stattfinden. Wie bei dem ersten Kurs über dieses Gebiet im August 1908 sollen dabei die Beziehungen von Genealogie, Psychiatrie und Vererbungslehre unter Berücksichtigung verwandter Erscheinungen aus der Botanik, Zoologie und Anatomie in systematischen Vorträgen von Fachmännern dargestellt und eine methodische Einführung in das ganze Gebiet gegeben werden, wobei die Fragen der Regeneration und die Rassenhygiene besonders berücksichtigt werden. An den zirka dreitägigen Kurs schließt sich dann ein ebenfalls dreitägiger Kongreß, um eine freie Teilnahme an den Vorträgen und Verhandlungen zu ermöglichen. Der Übergang in einen Kongreß hatte sich schon bei dem ersten Kurs am Schlusse bei einer freien Aussprache ergeben. Das genaue Programm wird im Herbst d. Js. erscheinen. Anmeldungen sind an Prof. Sommer in Gießen zu richten.

— Die diesjährige Versammlung der **südwestdeutschen Irrenärzte** findet in Verbindung mit der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in der Zeit zwischen dem 24. und 30. September d. Js. in Karlsruhe statt.

Die Sitzungen werden gemeinschaftlich mit denen der 24. Abteilung der Naturforscherversammlung (Psychiatrie und Neurologie) abgehalten werden. Als Sitzungstage sind der 25. und 26. September in Aussicht genommen.

Bis jetzt sind zwölf Vorträge, vorwiegend psychiatrischen Inhalts, angemeldet; außerdem ist eine Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch geplant.

Es empfiehlt sich dringend, Wohnung noch vor dem 10. August durch Vermittlung des Wohnungsausschusses der Naturforscherversammlung, Karlsruhe, Rathaus, zu bestellen.

Die Geschäftsführer Med.-Rat Fischer-Wiesloch und Dr. Neumann-Karlsruhe laden zur Teilnahme an der Versammlung ein und bitten um Anmeldungen weiterer Vorträge.

— Eine **öffentliche Schlaf- und Ruhehalle** nach dem Vorschlag von Prof. Sommer in Gießen ist bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden eingerichtet worden und soll sich gut bewähren. Besuchern der Ausstellung sei die Besichtigung und Benutzung empfohlen.

— **Ein Universitäts-Institut für experimentelle Psychologie in Wien**, dessen Errichtung bereits seit mehreren Jahren geplant ist, wird nunmehr, wie Wiener Blätter melden, demnächst ins Leben treten. Schon im Jahre 1900, als der Dozent Dr. Adolf Stöhr zum Professor der Philosophie mit einem besonderen Lehrauftrag für experimentelle Psychologie ernannt wurde, hatte man die Einrichtung eines Laboratoriums für dieses Fach, wie es bisher schon, wenn auch in ziemlich unzulänglicher Weise, in Graz, Innsbruck und Krakau besteht, ins Auge gefaßt; doch ließ der Mangel an geeigneten Arbeitsräumen die Absicht bisher nicht zur Verwirklichung gelangen. Nunmehr ist in dem Neubau des Physikalischen Instituts, der seiner Vollendung entgegengeht, ein, wenn auch noch immer dem Bedürfnis nicht völlig entsprechender Arbeitsraum für die Zwecke des Instituts reserviert worden und soll mit Beginn des Sommersemesters 1912 in Benutzung genommen werden. Zum Leiter des neuen Instituts ist, wie es heißt, Prof. Dr. Stöhr in Aussicht genommen, dessen Vorlesungen über experimentelle Psychologie bei Studierenden aller Fakultäten viel Teilnahme gefunden haben.

— **Salvarsan bei syphilitischen Nervenleiden.** Beim letzten Demonstrationsabend der Ärzte der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg berichtete Dr. Brückner über ca. 30 mit Salvarsan behandelte Fälle. 0,3 bis 0,6 wurden intravenös appliziert.

Ein Drittel der Fälle zeigte Temperatursteigerungen, vereinzelt bis zu 40°. Zwei Drittel verliefen ohne Fieber.

Bei Paralyse zeigte sich im allgemeinen keine Besserung des psychischen Zustandes. Somatisch war die roborierende Wirkung des Arsens des öfteren zu konstatieren.

Eine in der Remission gespritzte Patientin hat sich außerordentlich erholt. Ob infolge des Salvarsans muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Ein Fall von Tabes, der an heftigen Krisen zu leiden hatte, verlor diese unmittelbar nach der Injektion und ist seitdem — über 1/2 Jahr — frei von Anfällen. Bei einem anderen ließen sich die sehr heftigen lanzinierenden Schmerzen nur vorübergehend unterdrücken.

Die Wassermannsche Reaktion konnte auch bei mehrfach (bis zu viermal) wiederholter Injektion nicht zum Schwinden gebracht werden. Doch ließ sie sich quantitativ beeinflussen und konnte z. B. von 0,01 auf 0,15 reduziert werden.

Liquor konnte nur bei den Paralytikern wiederholt entnommen werden. Er zeigte weder chemisch noch morphologisch eine nachweisbare Änderung.

Referate.

— Horch, Justizrat, und v. Franqué, Prof.: Die Abtreibung der Leibesfrucht vom Standpunkt der lex ferenda. (Jur.-psych. Grenzfragen, VII, 4.) Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1910.

Zwei in der hessischen juristisch-psychiatrischen Vereinigung gehaltene, den Gegenstand nach allen Seiten durchleuchtende Vorträge, welche zu dem Ergebnis gelangen, daß de lege ferenda die Straflosigkeit des von der Schwangeren unternommenen Versuchs zu empfehlen sei. Dagegen sei an der Strafbarkeit der vollendeten Abtreibung auch der Schwangeren gegenüber festzuhalten und nur die Strafandrohung insofern herabzusetzen, als das Delikt aus der Gruppe der Verbrechen und Vergehen gegen das Leben auszuscheiden und in die Gruppe der Gefährdungsdelikte zu übertragen sei. Dem gewerbsmäßigen Abtreibertum soll entschieden entgegengetreten werden. Die grundsätzliche Berechtigung der Ärzte zur Schwangerschaftsunterbrechung bei schwerer Erkrankung der Mutter soll ausgesprochen werden, was im Vorentwurf zum neuen StrGB. nicht geschehen ist. In der Debatte sprachen R. Sommer und Oßwald über die Indikation für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Psychosen. Die von v. Franqué vorgeschlagenen Zusätze zu § 217 des Vorentwurfs zum Schutz der Ärzte unterliegen bekanntlich zurzeit der Beratung der Ärztekammern. M.

— Thiemich und Zappert, Die Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter. Leipzig, Vogel, 1910. 315 S.

Diese Neuropathologie des Kindes ist ein Sonder-Abdruck aus dem bekannten Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler und Schloßmann, für diejenigen bestimmt, welche das ganze vierbändige Gesamtwerk nicht anzukaufen wünschen. Die zwischen zu ausführlicher Breite und ausgesprochener Kürze gut die Mitte haltende Darstellung (man vergleiche z. B. den Abschnitt: funktionelle Erkrankungen) ist schon wiederholt gerühmt worden. Die sehr übersichtliche Anordnung des Druckes wie die zahlreichen schönen Abbildungen sind weitere Vorzüge des Buches. M.

— Joachim, San.-Rat, und Korn, Justizrat, Deutsches Ärzterecht mit Einschluß der landesgesetzlichen Bestimmungen. I. Bd. Berlin, Vahlen. 449 S.

Ein durch hervorragende Gründlichkeit ausgezeichnetes Nachschlagewerk. Jeder Abschnitt ist von beiden Verfassern durchberaten und in seiner endgültigen Fassung gemeinschaftlich festgestellt. Der zweite Band soll nach Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung erscheinen. Er wird auch die auf die Berufstätigkeit des Irrenarztes bezüglichen Bestimmungen behandeln. M.

— Freud, S., Über Psychoanalyse. Wien, Deuticke, 1910. 62 S.

In fünf Vorlesungen gibt F. in klarer und leidenschaftsloser Darstellung eine Übersicht über den Entwicklungsgang und den gegenwärtigen Stand seiner psychoanalytischen Theorien und therapeutischen Bestrebungen. Zur ersten Orientierung auf dem vielumstrittenen Gebiet ist die vorliegende Schrift vorzüglich geeignet. M.

— Kußmaul, Die Störungen der Sprache. Vierte Auflage, herausgegeben von Hermann Gutzmann. Leipzig, Vogel, 1910.

Den Text des klassischen Werkes hat der Herausgeber in richtigem Empfinden unangetastet gelassen und die neueren Forschungen und Anschauungen in einem Anhang („Kommentar und Ergänzungen", 85 Seiten) zusammengefaßt. In diesem ungemein reichhaltigen Abschnitt ist die Absicht, kurz und für den ärztlichen Praktiker verständlich zu schreiben, gut geglückt. Die zahlreichen hier gegebenen Literaturhinweise sind eine willkommene Beigabe. M.

— Fürsorgewesen. Acht Vorträge von Meier, von Gruber, Kerschensteiner, C. Kopp u. a. München, Gmelin. 146 S.

Fürsorgliche Arbeit zur Erhaltung der Volkskraft und Volksgesundheit bewegt weite Kreise. Daher werden Vorträge wie die vorliegenden, welche als Sonder-Abdruck aus dem Bayer. Ärztl. Korrespondenzblatt erscheinen, auf allgemeines Interesse rechnen dürfen. Hervorragende Münchener Ärzte und Schulmänner behandeln hier die Fürsorge für das frühe Kindesalter, für das schulpflichtige Alter und die schulpflichtige Jugend, für die minderwertig und kriminell veranlagte Jugend, die Fürsorge gegen Krankheiten, für den Kranken, die sexuelle Fürsorge. Eine reiche Fülle von allgemeinen und lokalen Erfahrungen bildet die Grundlage, auf welcher sich die einzelnen Vorschläge aufbauen. M.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Wien.** Hofrat Prof. H. Obersteiner in Wien ist von der Società freniatrica Italiana zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— **Tapiau.** Der praktische Arzt Dr. Wilhelm Riebes aus Freiburg ist vom 26. Mai d. Js. ab als IV. Anstaltsarzt angestellt.

— **Giessen.** Prof. Dr. Robert Sommer, Mitherausgeber der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, wurde von der Società freniatrica italiana unter dem Vorsitz von Prof. Tamburini in Rom zum Ehrenmitglied ernannt.

Therapeutisches.

Adalin.

Über Adalin, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Von Dr. S. Kalischer, Schlachtensee-Berlin. (Neurologisches Zentralblatt 1911, Nr. 1.)

Dr. Kalischer hat im Kurhaus für Nervenkranke („Huber-

tus") Versuche mit Adalin gemacht, und zwar bei den verschiedensten Kranken mit funktionellen und organischen Nervenkrankheiten. Dosierung: 0,25 bis 1,5 g; als Beruhigungsmittel: 0,25 bis 0,5 g in mehrfachen Dosen am Tage, als Hypnoticum: 0,5 bis 1,5 g in einmaliger Dosis. Irgendwelche Neben- und Nachwirkungen auf den Atmungsapparat, die Zirkulationsorgane oder den Magendarmtraktus wurden nicht beobachtet, auch nicht Bromakne oder andere Exantheme, oder Veränderungen des Urins, obgleich das Mittel in einigen Fällen wochen- und monatelang gegeben wurde. Selbst bei Herz- und Nierenkranken konnte Kalischer keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen wahrnehmen, ebensowenig bei Arteriosklerose. Eine kumulative Wirkung konnte nicht festgestellt werden; in einigen Fällen schien die schlafmachende Wirkung bei längerem Gebrauch sich abzuschwächen und war eine Steigerung der Dosis nötig. Bei erheblichen körperlichen Schmerzen versagte das Mittel zumeist, bei geringeren Beschwerden, die das Einschlafen verhinderten, wirkte es günstig. Der Effekt war nicht bei allen Individuen ein gleichmäßiger, ohne daß bestimmte Gründe hierfür festzustellen waren. Nach Dosen von 0,5 bis 1,5 g erfolgt ein Ruhe- und Schlafbedürfnis, und ein tiefer, ruhiger erquickender Schlaf von 5 bis 7 Stunden. Die Kranken erwachen am andern Morgen völlig frisch und mit freiem Kopf. Speziell bei Herzneurosen, Angstgefühlen, Herzklopfen, Unruhe, bei Herz- und Nierenkrankheiten, wo abnorme körperliche Sensationen das Einschlafen verhindern, hatten Dosen von 0,3 bis 0,5 g einen günstigen Effekt, ferner bei Krampfzuständen auf hysterischer und affektiver Basis. In höheren Graden von Schlaflosigkeit wurden Dosen von 1,5, auch 2 g, ohne Nach- und Nebenwirkung angewandt und selbst Tagesdosen von 3 g wurden gut vertragen. Bei Kindern mit Tic und Chorea hatte Adalin in Dosen von 0,2 bis 0,3 g mehrfach bei Tage günstigen Erfolg.

Vorzüge des Mittels sind neben seiner Unschädlichkeit die relative Geschmacklosigkeit, die schnelle Verbrennung und Ausscheidung und der Mangel aller Neben- und Nachwirkungen.

Erfahrungen mit einem neuen Hypnotikum (Adalin) in der ambulanten Praxis. Von Dr. Richard Traugott, Breslau. (Berliner Klinische Wochenschrift 1911, Nr. 7.)

Traugott hat über unangenehmen Geschmack des Adalins nicht klagen hören, üble Nebenwirkungen oder Nachwirkungen, wie Müdigkeit oder Kopfschmerzen am nächsten Tage, oder Albuminurie usw. nicht auftreten sehen. In einzelnen Fällen von nicht schwerer Arteriosklerose wurde Adalin gut vertragen.

Traugott kann das Adalin als ein zuverlässiges, für ambulante und Hauspraxis recht brauchbares Hypnotikum empfehlen.

Beobachtungen über ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel, das Adalin. Von Dr. E. Froehlich, Nervenarzt in Berlin. (Berliner Klinische Wochenschrift 1911, Nr. 1).

Froehlich gibt vor dem Schlafengehen ein ganzes Gramm des Mittels; wacht der Kranke nach mehrstündigem Schlaf wieder auf, so erhält er nochmals ein halbes Gramm.

Als reines Sedativum bei erregten Patienten (gewöhnlich dreimal am Tage Dosen von 0,3 resp. 0,5 g) wirkt es zufriedenstellend, Bromismus trat nicht auf, der Magen wurde vom Adalin nicht belästigt, es trat keine Gewöhnung ein.

Diplosal.

Die Behandlung der Angina in ihrer Bedeutung für den Gelenkrheumatismus. Von Dr. O. Brann, Steglitz. (Deutsche Medizinalzeitung 1911, Nr. 13.)

Schon seit Jahrzehnten wird in der Literatur auf das häufige Zusammentreffen von Angina und Gelenkrheumatismus hingewiesen, wenn auch erst unserer Zeit die Erkenntnis vorbehalten blieb, daß tatsächlich ein innerer Zusammenhang zwischen beiden besteht, insofern als solche Anginen bereits als die erste floride Lokalisation der Erreger des Gelenkrheumatismus anzusehen sind. Der naheliegende Gedanke, an Stelle der Lokalbehandlung der entzündeten Tonsillen gleich eine Allgemeinbehandlung mit Salicylsäure anzuwenden, hat verhältnismäßig wenig Anklang gefunden, nach Ansicht des Verfassers wegen der üblen Nebenwirkungen der freien Salicylsäure und wegen der vielfach ungenügenden spezifischen Wirkung anderer Salicylpräparate. Bei den Bemühungen, eine Kombination der Salicylsäure zu finden, die die Vorzüge der freien Säure ohne ihre Nachteile besitzt, ist auch der Salicylester der Salicylsäure hergestellt und als Diplosal in den Arzneischatz aufgenommen worden.

Die ausgezeichneten Wirkungen des Diplosals bei rheumatischen Affektionen aller Art sind schon von zahlreichen Autoren geschildert worden. Der Verfasser hat 33 Fälle von Angina mit großen Dosen (je 3 g an 2 aufeinanderfolgenden Tagen) Diplosal behandelt. Sämtliche Fälle haben darauf günstig reagiert. Von den anderen Salicylpräparaten anhaftenden Nebenwirkungen wurde keine beobachtet, weder gastrische Störungen noch Nierenreizungen noch Ohrensausen.

Ferner konnte der Verfasser auch die außerordentlich günstige prophylaktische Wirkung des Diplosals beobachten. In mehreren Fällen von schweren Gelenkrheumatismen blieben nach der Diplosalbehandlung der Angina die früher auftretenden Gelenkaffektionen vollkommen aus.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 20. 12. August **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Hausindustrie. Von Direktor Dr. Klinke, Lublinitz. (S. 189.) — Vergleichende Bemerkungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v. Dungernsche Modifikation inbezug auf ihre Brauchbarkeit für die Psychiatrie. Von Dr. med. W. Böttcher. Hubertusburg. (S. 191.) — Die künftige Heil- und Pflegeanstalt Lohr. (S. 19). — Mitteilungen (S. 195): Verwahrung verbrecherischer Geisteskranker. Amtliche Fürsorge für Geisteskranke und Epileptiker seitens der Oberamtsphysikate im Königreich Württemberg. Kosten des technischen Betriebs einer Anstalt. Lübeck. Wöllershof. Hoffmann-Brunnen in Frankfurt a. Main. Brand in einer amerikanischen Irrenanstalt. — Referate (S. 199). — Personalnachrichten (S. 199). — Anstaltstechnisches (S. 199): Matratzen-Auflage und Kissen aus Patentgewebe. Verwendung von Aluminiumgeschirr in der Anstalt. Selbstspielvorrichtung der Anstaltsorgel.

Hausindustrie.

Im Jahre 1905 erschien in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift ein Vortrag des Direktor Schiller über die Arbeitstherapie im Asyl in Wil. Es wurde darin auf eine Reihe von Arbeitszweigen hingewiesen, die bis dahin in schlesischen Anstalten nicht geübt wurden, und ich erhielt deshalb von meiner vorgesetzten Behörde den Auftrag, mich genauer über die geleisteten Arbeiten, die Herstellung von Papierdüten, die Fabrikation von Lederteppichen aus Lederabfällen und die Anfertigung von Wichseschachteln zu informieren. Leider hatte ich keine Gelegenheit, an Ort und Stelle selbst diese Arbeitsgelegenheiten zu studieren, jedoch gab mir Herr Direktor Schiller in liebenswürdiger Weise über alles Nähere Auskunft und stellte mir den 13. Jahresbericht aus dem Jahre 1904 zur Verfügung, in dem genauere zahlenmäßige Angaben über die Ausdehnung der Arbeit in Wil enthalten sind.

Besonders auffallend war in dem Bericht die Notiz über die hohe Prozentzahl (77% der Männer und 70% der Frauen) beschäftigter Kranker, und Herr Direktor Schiller wies gerade darauf hin, wie es ihm durch die Einführung der genannten Arbeiten gelungen war, selbst die stumpfsten Elemente zur Tätigkeit heranzuziehen. Wenn nun auch in Wil die Bettbehandlung möglichst eingeschränkt und die landwirtschaftliche Arbeit, zu der an anderen Orten alle verfügbaren Kräfte herangezogen werden müssen, wenig ausgedehnt ist, so bleibt doch immer die hohe Zahl beschäftigter Pfleglinge im Vergleich zu der Zahl der in schlesischen Anstalten beschäftigten Kranken gering, da eine Nachprüfung ergab, daß hier nur meist 40 bis 60%, nur vereinzelt bis 70% und darüber beschäftigte Kranke vorhanden waren.*) Ob nun die Verschiedenheit des Krankenmaterials, die verschiedene Ausdehnung des landwirtschaftlichen oder anderer Betriebe, in denen nicht völlig stumpfe Kranke beschäftigt werden können, oder der Einfluß des leitenden Arztes auf die Intensität des Arbeitsbetriebes die Verschiedenheit erklären, es scheint jedenfalls, daß auch anderswo, z. B. an den rheinischen Anstalten, der Prozentsatz der beschäftigten Kranken variiert, und ich fand an sechs Anstalten des Rheinlands seit 1899 durchschnittlich 43% bis 80% beschäftigte Pfleglinge (im Rechnungsjahr 1906/07 sind 45% bis 68% als beschäftigt angegeben). Die landwirtschaftlich genutzte Fläche an den rheinischen Anstalten, die nach dem Jahresbericht von 1906/07 durchschnittlich mit 700 Kranken belegt sind, beträgt, ebenfalls im Durchschnitt, 32 ha, in Wil, das etwa 740 Kranke hat, beträgt die zur Landarbeit verfügbare Fläche nur 50 ha, wofür an Arbeitskräften außer 50 Kranken und Personal (1:10) noch vierzehn Knechte zur Verfügung stehen. Dagegen hat Lublinitz bei 250 ha Ackerfläche und 5,5 ha Gartenland nur 845 Kranke einschließlich 85 Familienpfleglingen; von letzteren kommt etwa nur die Hälfte in die Anstalt zur Arbeit.**) Von unsern Kranken arbeiten im Felde 110, im Garten 65, allerdings noch unter-

*) Bei Paetz, Die Kolonis. Geisteskr. S. 6' findet sich die Zahl der beschäftigten Kranken von 50% bis 80% selbst bis auf 90% angegeben!

**) Es scheint, daß allenthalben noch das Bestreben besteht, die landwirtschaftlich nutzbare Fläche an den Anstalten möglichst zu vergrößern; genaue vergleichende Angaben fehlen und ich bin eben dabei, eine Umfrage anzustellen.

stützt durch 5 Knechte, 10 Akkordarbeiter und drei Gärtnerburschen.

Während wir oft Mühe haben, die ausgedehnte Feld- und Gartenarbeit zu bewältigen, beneidete uns Direktor Schiller um unsere Arbeitsgelegenheit. Jedes Übermaß und jede Einseitigkeit in der Beschäftigung ist zu verwerfen, doch muß der Leiter der Anstalt mit den gegebenen Verhältnissen rechnen, d. h. es gilt erst die nötige Arbeit zu bewältigen, dann erst kann man auch an weitere Ausgestaltung der Arbeitsgelegenheit denken. Nun ergibt sich weiter folgendes: so wenig es in einem großen Betriebe an Arbeitsgelegenheit und Verschiedenartigkeit der Arbeiten fehlt, so sind doch immer Kranke vorhanden, die sich für die regelmäßigen Arbeiten des Betriebes nicht eignen, z. B. stumpfe Kranke, die man nur mit Reißen von Federn, Zupfen von Wolle, Aussuchen von Getreide beschäftigen kann, oder es sind vorbestrafte Kranke da, die man nicht zur Außenarbeit nehmen oder nicht unter den anderen Kranken beschäftigen kann. Diese müssen möglichst allein arbeiten und können mit Weberei, Pantoffelmachen oder Stricken an der Maschine beschäftigt werden (freilich stets mit größter Vorsicht), falls sie nicht Zigarren machen oder Düten kleben oder Säcke nähen oder Stühle oder Körbe flechten. Auch Seilerarbeiten, Anfertigung von Nistkästchen, Tischläufer, sogen. Haussegen, Bemalen von Spankörben, Anfertigung von Pappkartons kämen noch in Frage, neben Arbeiten am Webstuhl. Und es scheint fast, daß die Zahl der Arbeiter, wie auch Schiller meint, immer mehr zunimmt, je mehr wir den Kranken Gelegenheit zu nützlicher Arbeit verschaffen. Man darf dabei ebensowenig wie bei Einführung und Ausdehnung der Familienpflege eine Störung des Betriebes fürchten, man muß langsam vorgehen und neue, nützliche Arbeitsgelegenheiten einführen. Alle Arbeiten solcher Art, die im Gegensatz zu Feld- und Gartenarbeit in geschlossenen Räumen ausgeführt werden, kann man als Hausindustrie bezeichnen, und der Absatz ihrer Produkte, sofern dieselben nicht wie die Wirtschaftskörbe, Pantoffeln, Strohdeckel, Lederteppiche u. dgl. in der eigenen Wirtschaft Verwertung finden, wird um so leichter von statten gehen, je günstiger die Anstalt zu dem betreffenden Absatzgebiet, z. B. um so näher sie einer großen Stadt liegt.

Die meisten dieser Gesichtspunkte hatte ich bereits in meinem Referat im Jahre 1905 hervorgehoben und im Anschluß an die zitierte Arbeit aus Wil für ganz stumpfe Kranke die Dütenfabrikation, für etwas regsamere Kranke die Anfertigung von Lederteppichen empfohlen. Die Anfertigung von Schachteln, für die aber besondere nicht ganz billige Maschinen nötig sind, wäre ein Beschäftigungszweig für Anstalten mit geringem landwirtschaftlichen Betriebe, und kommen für solche Arbeit, wie es Herr Direktor Schiller beschrieben hat, die verschiedensten Kranken, intelligentere, aber auch ganz stumpfe Leute in Frage.

Die gegebene Anregung scheint nicht vergebens gewesen zu sein, indem die einzelnen schlesischen Anstalten dazu übergegangen sind, neben den alten Beschäftigungszweigen neue einzuführen. So läßt die eine Anstalt Zigarren anfertigen und Briefumschläge kleben, andere beschäftigen ihre stumpfen Kranken mit Aussuchen von Getreide oder Wollezupfen. Aus der Zupfwolle werden Steppdecken angefertigt. Mit dem Zupfen der Wollreste werden bei uns ganz stumpfe Kranke auf der Männer- wie Frauenseite beschäftigt, wenn keine Federn zum Reißen vorhanden sind. Die vielen laufenden Arbeiten in Feld und Garten, in Küche und Waschküche, in der Sattlerei und Korbmacherei, bei Tischlern, Malern, Maurern, Ofensetzern, beim Holzhacken und Wegebau, bei der Kohlenanfuhr, bei den Schuhmachern, Schneidern, beim Stricken und Flicken, im Milchstalle und auf dem Schüttboden, von der Hausarbeit beim Reinigen der Krankenräume und Aufwaschen des Geschirrs abgesehen, ließen jahrelang nur langsam bei uns das Gedeihen anderer Arbeiten vorwärts kommen. Als ich von der Anfertigung sogen. Lattenmatratzen hörte, ließ ich auch hier welche herstellen, dann kaufte ich eine Strickmaschine, die sich sehr bewährte ferner drei Handwebstühle, ich ließ Strohdeckel, zuletzt aus Lederabfällen Lederteppiche herstellen und ich will auch noch Kokosmatten und Holzmatten anfertigen lassen. Den Bedarf an Bürsten deckt die Anstalt seit längerer Zeit fast allein, vielleicht auch später den größten Teil der benötigten Gewebe; die Sattlerei fertigt Hosenträger oder Leibgurte, wie letztere hier von der oberschlesischen Bevölkerung mit Vorliebe getragen werden. Als Industriezweige, die noch ausstehen, nenne ich: das Anfertigen von Papierzigarrenspitzen, von Pappschachteln, das Nähen von Säcken, Buchbinderarbeiten, die Anfertigung besserer Korb- und Gartenmöbel, Seilerarbeiten, das Bemalen von Spanschachteln, Flechten von kleinen Zierkörbchen, Anfertigung von Tischläufern und sogen. Haussegen (aus Glas mit unterlegtem Staniol und gemalten Blumen), von Papierblumen u. dgl. Bessere Handarbeiten, Knüpfen von Smyrnateppichen, Spitzenklöppeln, Batikarbeiten, Makramé u. ähnl. können wohl nur solche Anstalten betreiben, die Kranke besserer Stände, die in solchen Arbeiten schon vorgebildet waren, aufnehmen. Pfleglinge dazu anzu-

lernen, kommt für unsere Verhältnisse auch deshalb nicht in Frage, weil wir für Luxusarbeiten kein Absatzgebiet haben. In erster Reihe müssen wir immer darauf bedacht sein, alles, was wir in der eigenen Wirtschaft brauchen, selbst anzufertigen; dann erst folgt die Arbeit für Unternehmer oder zum Verkauf an Fremde. Auch beim Weben werden wir z. B. Gobelinarbeiten vermeiden, vielmehr Scheuertuch, Hemdtuch etc. fertigen lassen.

Liegt die Anstalt günstig in der Nähe einer großen Stadt, so wird sie ihre zum Verkauf angefertigten Gegenstände nicht nur glatt los werden, sie wird auch dauernd in einem passend gelegenen Lokal eine Ausstellung von Pfleglingsarbeiten veranstalten können, denn je günstiger die Anstalt für den Verkehr liegt, umso mehr steigt die Zahl der Besucher, und auch von diesen werden dann um so mehr geneigt sein, Arbeiten der Pfleglinge käuflich zu erwerben. Über die Veranstaltung solcher Ausstellungen von Arbeiten Geisteskranker, die auch neuerdings auf ärztlichen Kongressen wie in Berlin oder im Anschluß an andere Ausstellungen wie in Dresden zu sehen waren, hat die Direktion von Mauer-Öhling einen Bericht gegeben. Notwendig ist es natürlich auch, zur Ausführung aller Handarbeiten, insbesondere aber für die Anfertigung von besseren, für den Verkauf berechneten Artikeln gute Handwerksmeister unter dem Pflegepersonal zu haben; auf der Frauenabteilung muß die Oberpflegerin, falls nicht besondere Lehrkräfte für Unterricht in Handarbeit angestellt sind, bessere Handarbeiten, wie Spitzenklöppeln, Smyrnateppichknüpfen, Makramé, Téneriffaarbeit, Batik, Kunstweberei u. dgl. beherrschen, um anleitend und überwachend tätig sein zu können. Freilich bleibt immer die Hauptsache, daß auch Kranke vorhanden sind, die man für solche Arbeit interessieren und anlernen kann, und daß das Pflegepersonal sehr reichlich vorhanden ist und nicht durch andere Arbeiten in Anspruch genommen wird.

Liegt die Anstalt am kleinen Ort, so ist nicht nur der Absatz erschwert, es fehlt auch vielfach an Anregung, man muß sich Musterstücke, wie Körbchen, Webarbeiten etc., erst von außerhalb kommen lassen, oder man muß das Personal außerhalb in besseren Handarbeiten, im Kunstweben oder z. B. im Lette-verein in Buchbinderarbeit etc. oder durch vorübergehend angestelltes Lehrpersonal in der Anstalt selbst ausbilden lassen.

Wesentlich für die Weiterausbildung der sogen. Hausindustrie wären häufigere Mitteilungen der Anstalten über die einzelnen von ihnen als Spezialität geübten Handfertigkeiten, und ich würde es dankbar begrüßen, wenn mir Mitteilungen über neue Beschäftigungsmöglichkeiten gemacht würden.

Nach einer Zusammenstellung, die ich mir gemacht habe, empfehle ich folgende Arbeiten:

Weberei, Anfertigung von Pantoffeln und weichen Schuhen, Flechten von Körben (Nutzkörbe aus Weiden, Spankörbe, Zierkörbchen aus Peddigrohr), Fabrikation von Strohdeckeln, Strohmatten, Strohhülsen, von Lederteppichen aus Lederabfällen, von Holzmatten, Fertigung von Kokosläufern, Bürstenmacherei, Fabrikation von Zigarrenspitzen aus Papier, von Düten, Kuverts, Etikettes, von Kartons, von Wichseschachteln, Säckenähen, Stuhlflechten, Anfertigung sogen. Haussegen (von Glas), Buchbinderarbeiten, Fertigung von Korbmöbeln, Holzmöbeln für Garten und Zimmer, Kistenanfertigung, Nistkästenfabrikation, Seilerarbeiten, schließlich auch Seidenraupenzucht und Forellenzucht. Für die weiblichen Kranken, so weit sie nicht auch, wie die Männer, durch die laufenden Arbeiten in Feld, Garten und Wirtschaft in Anspruch genommen sind, käme in Betracht: neben Weberei aller Art feinere Handarbeiten, Smyrnateppichknüpfarbeit, Klöppeln, Stickereien, Häkelarbeiten, Makramé, Batik, Bemalen von Weidenkörbchen und Spanschachteln. Ich wäre dankbar, wenn dieses Verzeichnis von anderer Seite vervollständigt würde.

Lublinitz, den 18. Juli 1911.

Dr. Klinke, Direktor.

Vergleichende Bemerkungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v. Dungernsche Modifikation in bezug auf ihre Brauchbarkeit für die Psychiatrie.

Aus dem bakteriologischen Laboratorium der Kgl. sächs. Landesanstalten zu Hubertusburg.
Von Dr. med. *W. Böttcher*.

Während in der letzten Zeit die Luestherapie den Vordergrund des medizinischen Interesses eingenommen hat, ist die Frage nach der Brauchbarkeit der modifizierten Wassermannschen Untersuchungsmethoden etwas zurückgedrängt, wenigstens bezüglich des Raumes, den sie im Gegensatz zum Jahre vorher in der Literatur beanspruchte.

Indes ist sie bisher keinesfalls gelöst, wir be-

finden uns vorläufig noch im Stadium der Vergleichsversuche.

Eine sehr große Anzahl von Irrenanstalten ist bezüglich der Ausführung der W.-Reaktion in genau derselben Lage wie jeder praktische Arzt, es fehlen ihnen in der Hauptsache die Zentrifuge zum Waschen der Hammelbluterythrozyten und der Brutschrank.

Als nun im vorigen Jahre v. Dungern auf der Grundlage von Noguchi und Tschernogubow mit einer ganz erheblich vereinfachten Methode hervortrat, zu deren Ausführung man alle Reagentien kaufen konnte, ferner, nachdem man dabei aller Versuchskontrollen durch die angeblich schon in der Merck'schen Fabrik angestellten Vortitragen überhoben sein sollte, und sich das Schmerzenskind der bisherigen Originalmethode, das Komplement, durch das Antrocknungsverfahren bis zu elf Monaten brauchbar erhalten sollte, wurde auch eine große Anzahl von Irrenanstalten, namentlich solche, denen kein sero-bakteriologisches Laboratorium zur Verfügung stand, veranlaßt, sich des v. Dungern'schen Syphilisdiagnostikums zu bedienen, zur Erkennung der sogenannten postluetischen Erkrankungsformen. Es ist nicht zu verkennen, daß in einer Reihe von Fällen die v. Dungernsche Reaktion dieselben Resultate im Blutserum gezeigt hat wie die Original-Wassermann'sche Methode, aber es stehen der Anwendung der ersteren eine ganze Reihe schwerwiegender theoretischer und praktischer Bedenken entgegen, so daß man sich nicht dazu verstehen kann, ihr bei der großen Wichtigkeit der Diagnostik einen absolut entscheidenden Wert beizulegen, weil man bezüglich vieler Punkte durchaus im Dunkeln tappt.

Schon Plaut*) hat in einer theoretischen Arbeit seine Bedenken gegen die v. Dungern'sche Methode ausgesprochen. Er ist dabei allerdings insofern nicht ganz einwandfrei vorgegangen, als er die v. Dungern'sche Methode zusammen mit der seines Vorläufers Noguchi identifiziert, einer Methode, die wegen ihrer weit größeren Kontrollierbarkeit eine etwas sicherere ist. Diese Noguchi'sche Methode ist jedoch unter den Vereinfachungsmethoden nicht zu der Bedeutung gelangt wie die von v. Dungern, wahrscheinlich weil sie als noch nicht einfach genug erschien.

Im folgenden ist nur von der v. Dungern'schen Methode die Rede, und es kam mir darauf an, durch Versuche zu prüfen, ob sich die theoretischen Bedenken auch in der Praxis bewahrheiteten.

Zunächst ist gegen die angeblich bis zu elf Monaten andauernde Haltbarkeit der Reagentien folgendes einzuwenden:

Wenn man die Reagentien durch Drogisten bezieht, so ist man nicht in der Lage, das Herstellungsalter derselben zu beurteilen, weil auf den Kästen das Datum der Herstellung nicht vermerkt ist. Es ist nicht ausgeschlossen, daß man alte Ladenhüter erhält. Aber abgesehen davon ist die Komplementwirkung auch frischer Komplementpapiere mitunter völlig gleich Null. In einer Reihe von Versuchen, bei welchen die Komplementpapiere aus derselben Enveloppe zu derselben Zeit entnommen waren, zeigte sich einige Male, daß erstens bei den Kontrollen vollständige Hemmung eingetreten war, zweitens daß bei normalen Seris Hemmung eintrat, und drittens, daß bei völliger Hämolyse normaler mit Antigen versetzter Sera im Kontrollröhrchen ohne Antigen-Hemmung sich zeigte. Daraus geht hervor, daß die Komplementpapiere nicht zu gleicher Zeit unwirksam wurden, sondern daß man in einem Papierbeutel ganz unregelmäßig verteilt noch wirksames und schon unwirksames Komplement zusammen hat. Dadurch wird die Verwirrung bei der Entscheidung noch größer. Wir konnten unsere Versuchsreihen mit dem v. Dungern'schen Mittel durch die Original-Wassermann'sche Methode nachprüfen. Wenn nun aber jemand mangels dieser Nachprüfungsmöglichkeit bei der Untersuchung eines normalen Serums ein unwirksames Komplementpapier in das mit Antigen-Serum beschickte Röhrchen hineintut, und er setzt dem Kontrollgläschen ohne Antigen ein wirksames Komplementpapier hinzu, so erhält er schon, ohne daß überhaupt etwa von einer Normalserumhemmung die Rede sein kann, einen positiven Wassermann, und er hat nicht die Möglichkeit, zu gleicher Zeit sich durch entsprechende Kontrollen vor einem Irrtum zu schützen.

In neuerer Zeit haben sich auch Frühwald und Weiler*) dahin ausgesprochen, daß die Reagentien für die Seroreaktion nach v. Dungern sich nicht allzu lange halten (höchstens 71 Tage).

Als mir die ersten falschen Reaktionen bei der Probierung des Diagnostikums in Parallelversuchen auftauchten, da habe ich zu dem mißratenen Versuchsröhrchen frisches in unserem Laboratorium hergestelltes Komplement hinzugesetzt und erhielt darauf in den Kontrollgläschen und bei den Normalseris auch Hämolyse. Auf Interpellation der betreffenden Bezugsapotheke erklärte die Firma Merck-Darmstadt,

*) Plaut, Münch. med. Woch., 1910, Nr. 16.

*) Frühwald und Weiler, Berl. klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 44.

es sei ihr allerdings bekannt, daß das Komplement in einzelnen Fällen unwirksam sei, aus bisher noch unbekannten Gründen.

Das zweite, was uns Anlaß zu Bedenken gegen die Anwendung dieser Methode gab, war der Konzentrationsgrad der Menschenbluterythrozyten.

Während beim Original-Wassermann die Konzentration der Erythrozyten in der fünfprozentigen Hammelblutaufschwemmung die gleiche bleibt, gegenüber dem quantitativ immer gleich großen Zusatz von Ambozeptor und Komplement, erweist sich der Zusatz von unverdünntem Menschenserum + Menschenerythrozyten gegenüber den auch beim v. Dungernschen Versuche quantitativ gleichbleibenden übrigen beiden Komponenten des hämolytischen Systems als durchaus nicht gleichbleibend, weil man hier mit der Polyzytämie bezw. Oligozytämie zu rechnen hat.

Plaut hat diesen Faktor in seiner Betrachtung nur kurz berührt, er ist jedoch von wesentlicher Bedeutung, denn wir sahen in einer Reihe von Untersuchungen normaler Sera bei Zusatz von 0,1 ccm Menschenblut eine sehr deutliche Hemmung mit nachheriger Kuppenbildung eintreten. Fügten wir nur 0,05 bis 0,075 ccm Blut hinzu und ersetzten den an 0,1 ccm fehlenden Rest durch reines Serum, so trat völlige Hämolyse ein. Das beweist klar, daß der Ambozeptor und das Komplement bei starker Polyzytämie nicht genügend hämolytische Kraft besitzen, um die Menge der Erythrozyten zu bewältigen, trotzdem bei der v. Dungern'schen Methode mit verhältnismäßig viel Ambozeptor (0,2 ccm) und Komplement gearbeitet wird.

Über die Bedenken gegen die Verwendung aktiver Sera, über die Minderwertigkeit der Organextrakte gegenüber den luetischen Fötalleberextrakten hat Plaut bereits in klarer Weise berichtet, und ich kann mir daher ein näheres Eingehen auf diese Einzelheiten versagen.

Es fragt sich nun, ob die v. Dungern'sche Methode für die Psychiatrie überhaupt anwendbar ist.

Es wird sich beim Gebrauch der Wassermannschen Reaktion in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle um die Bekräftigung der klinisch zweifelhaften Diagnose auf Paralyse handeln. Die v. Dungern'sche Methode will die Original-Wassermann'sche Methode in der Weise vereinfachen, daß sie Antimenschenblutkaninchenambozeptor + Komplement auf von seinem Fibrin befreites Patientenblut einwirken läßt, und zwar in der Absicht, zu prüfen, ob das Serum des Patienten zusammen mit dem Antigen imstande ist, das Komplement aus dem hämolytischen System zu eliminieren. Es soll hier das umständlichere Präparieren von inaktiviertem Patientenserum und gewaschenen Hammelbluterythrozyten vermieden werden, indem man beide Ingredienzien nicht inaktiviert und von vornherein vereinigt verwendet.

Bei der Untersuchung der Wassermann'schen Reaktion auf Paralyse handelt es sich jedoch in der Hauptsache nicht um die Untersuchung der Hemmungskörper des Blutes, sondern um die in der Zerebrospinalflüssigkeit. Im Lumbalpunktat gibt es bekanntlich keine Erythrozyten, und wenn man in Fällen mit starker Hyperämie der Dura das Unglück hat, infolge Durchstoßens kleinerer Gefäße mit der Hohlnadel eine blutuntermischte Untersuchungsflüssigkeit zu erhalten, so ist man verpflichtet, wenn man ganz einwandsfrei urteilen will, das Punktat zu verwerfen, denn man hat in diesem Falle Zerebrospinalflüssigkeit und Serum erhalten. Bei der v. Dungern'schen Methode ist der Zusatz von Menschenerythrozyten als Komponente des hämolytischen Systems notwendig, und es würde durchaus falsch sein, wenn dazu etwa die Erythrozyten des zu untersuchenden Individuums verwendet würden, weil man in solchem Falle nicht weiß, ob das Lumbalpunktat oder das Blutserum hemmt, und dadurch würde die Differentialdiagnose z. B. zwischen Paralyse und Lues cerebri durchaus unklar bleiben. Wenn man sich in der Weise hilft, daß man statt des Blutes des auf Paralyse zu untersuchenden Patienten etwa das Blut eines einwandfreien Nichtluetikers als Indikator benutzt, so ist es sehr wohl möglich, daß die darin enthaltene Serummenge + der zu untersuchenden Zerebrospinalflüssigkeit (0,1 ccm), selbst wenn beide normal sind, allein so viel hemmende oder unterhemmende Kraft haben, daß sie einen schwächer oder stärker positiven Wassermann vortäuschen können. Umgekehrt würde man, falls man, um beim Versuch höchstens dieselbe Serummenge von 0,1 ccm, die v. Dungern vorschreibt, zu erhalten, statt 0,1 ccm Zerebrospinalflüssigkeit nur 0,05 ccm und statt 0,1 ccm defibrinierten Patientenblutes 0,05 ccm desselben nimmt, sich zweier neuer Fehlerquellen aussetzen. Einmal können die in der auf die Hälfte reduzierten Zerebrospinalflüssigkeit enthaltenen Hemmungskörper an Masse bezw. Zahl zu gering geworden sein, um überhaupt noch eine hemmende Wirkung auszuüben; dann hätte man also trotz sicher bestehender Paralyse einen negativen Wassermann. Andererseits aber kann durch die quantitative Beschränkung der Erythrozyten (0,05 statt 0,1 ccm Blut) namentlich bei etwaigem oligozytämischen Blute eine Auflösung der Blutkörperchen allein

durch die Masse der vorhandenen Komplementkomplexe (Meerschweinchenkomplement + normales Menschenblutserumkomplement + Lumbalpunktatskomplement) erfolgen, weil ja nach v. Dungern mit aktiven, des Komplements nicht beraubten Seris gearbeitet werden soll.

Die künftige Heil- und Pflegeanstalt Lohr.

Durch Landratsbeschluß vom 27. November 1908 wurde dem Vorschlage der Königl. Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, die zweite Heil- und Pflegeanstalt auf dem hierfür vorgesehenen Gelände bei Lohr a. M. zu erbauen, die Zustimmung erteilt und damit die Platzfrage, welche lange Zeit nicht unerheblichen Schwierigkeiten begegnete, in der glücklichsten Weise gelöst. Bestimmend für die Wahl dieses Geländes waren — abgesehen von dem seitens der Stadtgemeinde Lohr bewiesenen Entgegenkommen — seine landschaftlichen und klimatischen Vorzüge, die geradezu idealen Wasserversorgungs- und Entwässerungsverhältnisse, sowie die unmittelbare Nähe der von allen Seiten des Aufnahmegebiets leicht erreichbaren Stadt mit ihren im Vergleich zur Größe zahlreichen Behörden und Unterrichtsanstalten.

Mit Recht wird Lohr die Perle des Mainspessarts genannt. Das altertümliche, im Mainstrome sich spiegelnde Städtchen inmitten üppiger Gärten und Wiesen vereinigt sich mit dem Kranze hoher Waldberge, die das weite Tal umrahmen, zu einem Landschaftsbilde von malerischer Wirkung. Wegen seiner geschützten Lage, der ozonreichen, mit Feuchtigkeit gesättigten Atmosphäre, den ausgedehnten Waldspaziergängen kommt Lohr als Luftkurort immer mehr in Aufnahme.

Der 5000 Einwohner zählende Ort (Schnellzugsstation) liegt auf halbem Wege zwischen Würzburg und Aschaffenburg—Frankfurt, an einer der Hauptverkehrsrouten, welche den Nordwesten Deutschlands mit dem Süden verbinden. Von dem 1 km von der Stadt entfernten Bahnhofe zweigt die Nebenlinie nach Wertheim ab, welche östlich das Anstaltsgebiet begrenzt. Die erste Haltestelle (Stadtbahnhof Lohr) ist von dort in wenigen Minuten zu erreichen, die Entfernung nach dem Hauptbahnhofe beträgt ungefähr 2 km.

Das Anstaltsgelände (298 Tagwerk an Ackerland, Wiesen und Wald) stellt in seinem arrondierten Teile ein fast ebenes, sanft nach Südosten abfallendes Plateau dar, welches für die Situierung der Krankenhäuser wie geschaffen ist. Die Kosten belaufen sich auf 377616 M. für Grunderwerbung und 4312384 M. für Bauten — in Summa 4690000 M.

Bei Aufstellung des Programms wurde als ärztlicher Berater Prof. Dr. Alt zugezogen, die örtliche Leitung und Projektierung liegt in den Händen des Kgl. Bauamtsassessors Gablonsky.

Die Belegstärke ist auf 800 Kranke, und zwar ausschließlich einer Verpflegsklasse festgesetzt. Davon sollen 100 Kranke in einer der Anstalt anzugliedernden Familienpflege untergebracht werden.

Die Erbauung der Krankenpavillons erfolgt in zwei Perioden, während die der Verwaltung und Bewirtschaftung dienende Anlage von vorneherein für die endgültige Belegung fertiggestellt wird. Bei Eröffnung der Anstalt, welche für Herbst 1912 in Aussicht genommen ist, stehen zur Aufnahme von 500 Kranken bereit:

1 Aufnahmehaus für Männer . . .	30
1 „ „ Frauen . . .	30
1 Haus für unruhige Männer . . .	36
1 „ „ „ Frauen . . .	36
1 Übergangshaus für Männer . . .	34
1 „ „ Frauen . . .	34
3 offene Villen für Männer je 42 .	126
3 „ „ „ Frauen je 42 .	126
1 Lazarett für Männer	25
1 „ „ Frauen	25

ferner sämtliche Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude, Gesellschaftshaus mit Betsaal, Leichen- und Sektionshaus, Gärtnerei, Gutshof, Pflegerheime, zwei als Ausgang der Familienpflege gedachte Wohnhäuser für vier verheiratete Pfleger, Direktorwohnhaus, Doppelwohnhaus für den Oberarzt und Verwalter, ein gleiches für zwei Anstaltsärzte, endlich ein Wohnhaus für den Oberpfleger und Maschinenmeister.

Der Beginn der zweiten Bauperiode richtet sich hauptsächlich nach der noch zu ermittelnden Zahl von Kranken, welche aus der überfüllten Anstalt in Werneck dahin transferiert werden sollen. Für dieselbe kommen in Betracht:

1 Haus für unruhige Männer . . .	36
1 „ „ „ Frauen	36
2 offene Villen für Männer je 42 . .	84
2 „ „ „ Frauen je 42 . .	84

Gegenwärtig steht die Mehrzahl der Krankenhäuser (10) im Rohbau — bis auf Sockelhöhe roter

Sandstein, im übrigen solides Backsteinmauerwerk — fertig. Der Rest derselben (4) sowie Kessel- und Maschinenhaus und die unter einem Dach projektierten Zentralküchen gehen rasch ihrer Vollendung entgegen. Mit der Vergebung der Arbeiten für Verwaltungsgebäude, Gesellschaftshaus und Dienstwohnungen soll dieser Tage begonnen werden. Im fertigen Zustande präsentieren sich die Pflegerheime — das eine davon ist als Baubureau eingerichtet —, das Gärtnereigebäude, sowie der durch seine Größe und Ausstattung imponierende Gutshof.

Die Baumaterialienzufuhr geschieht auf einem von der Bahnstrecke Lohr—Wertheim abzweigenden Industriedoppelgeleise, von welchem im leichten Anstieg eine Rollbahn mitten ins Baugelände führt. Dieselbe dient gleichzeitig der Fortschaffung des Erdaushubs.

Die Wasserversorgung erfolgt aus dem Quellgebiete des Rechtenbachgrundes in etwa 6 km langer Leitung mit Zulauf des Wassers (2 deutsche Härtegrade) in natürlichem Gefälle zu einem 60 m über dem Bauterrain errichteten Hochreservoir. Die Abwässer der Aborte, Bäder und Küchen etc. werden — ebenfalls in natürlichem Gefälle — mittels Kanalisation einer Kläranlage (Emscherbrunnen) und von hier aus direkt dem Maine zugeführt.

Für sämtliche Kranken- und Wirtschaftsgebäude ist Fernwarmwasserheizung, für das Gesellschaftshaus Niederdruckdampfheizung vorgesehen. Die Pflegerheime und Dienstwohnungsgebäude mit Ausnahme der Direktorvilla, welche eine eigene Heizzentrale besitzen wird, erhalten Ofenheizung. Die erforderlichen Boiler für Brauchwarmwasserbereitung finden ebenso wie jene für die Heizung im Maschinenhause Aufstellung.

Die Rohrstränge, Stark- und Schwachstromkabel, werden in begehbaren Heizgängen (620 m) untergebracht.

Alle Baulichkeiten, einschließlich der Dach- und Kellergeschosse, welch letztere zum Teil die Werkstätten aufnehmen, werden für elektrische Beleuchtung installiert. Weiterhin soll der elektrische Strom zum Antrieb maschineller Einrichtungen, sowie für Wärmezwecke (elektrische Kocher etc.) ausgedehnte Verwendung finden.

Die in der Landratssitzung vom 27. November 1908 gegebene Anregung, sofort nach Inbetriebnahme des Gutshofes eine geeignete Irrenkolonie von Werneck dahin zu transferieren, ist seit kurzem durchgeführt. Am 1. März d. Js. erfolgte die Ernennung des Gutsverwalters; mit der Einrichtung der Krankenstation wurde Oberarzt Dr. Blachian-Werneck beauftragt. In dessen Begleitung gingen am 22. Mai bezw. Anfang Juni 15 Kranke nebst 3 Pflegern nach Lohr ab, um die im Gutshofe provisorisch bereitgestellten Räume zu beziehen. Auftragsgemäß findet die ärztliche Kontrolle je nach Bedarf, jedenfalls aber in Zwischenräumen von 8 bis 14 Tagen statt. Das Fehlen ständiger ärztlicher Aufsicht hat bis jetzt zu Unzuträglichkeiten nicht geführt.

Die Kranken obliegen den ihnen zugewiesenen landwirtschaftlichen Arbeiten mit besonderem Eifer und liefern auch durch ihr ganzes übriges Verhalten den Beweis, daß die familiäre Pflege — denn um nichts anderes handelt es sich bei diesem Versuche — wohltuend von ihnen empfunden wird.

Mitteilungen.

— Zur Frage der **Verwahrung verbrecherischer Geisteskranker.** Der Bericht über die Prov.-Irrenanstalt bei Neustadt in Holstein pro 1909/1910 enthält hierzu folgende bemerkenswerte Mitteilung:

„Der im Berichtsjahre vorgekommene gemeinsame Ausbruch dreier früherer Insassen des festen Hauses, die freieren Abteilungen zugewiesen waren: dieselben waren nachts in die Kleiderkammer eingebrochen, um sich mit genügender Kleidung zu versehen und dann durch ein gewaltsam geöffnetes Fenster in die Küche zwecks Mitnahme von Eßwaren gestiegen; einer dieser Kranken meldete sich einen Tag später wieder freiwillig, die beiden anderen kamen zur Entlassung. Leider ist es auch einem Insassen des festen Hauses gelungen, aus diesem auszubrechen; es handelt sich um einen äußerst geriebenen und geschickten Mann, welcher sich heimlich aus gelegentlich gefundenen Metallstücken, besonders aber aus Blech einer Mundharmonika in raffiniertester Weise eine Kollektion von Nachschlüsseln und anderen Ausbruchswerkzeugen hergestellt hatte, mittels deren es ihm gelang, in einer Nacht eine Innentür zu demolieren und sich bis auf den Dachboden durchzuschließen, von wo er sich an einem Blitzableiter herabgelassen hat; erst nach einigen Wochen wurde er der Anstalt wieder zugeführt und später als strafvollzugsfähig an die Irrenabteilung Moabit abgegeben. Bei dieser Entweichung, übrigens der ersten seit dem nunmehr vierjährigen Bestehen des festen Hauses, hat sich gezeigt, daß die Innentüren desselben wohl etwas fester gearbeitet sein könnten; sonst aber hat sich die Bauart und der Betrieb des festen Hauses auch in diesem Jahre auf das beste bewährt."

— **Amtliche Fürsorge für Geisteskranke und Epileptiker seitens der Oberamtsphysikate im Königreich Württemberg.**

Hierüber enthält der „Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privat-Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für das Jahr 1909. Sonderabdruck aus dem Medizinalbericht von Württemberg für das Jahr 1909. Herausgegeben von dem Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart, 1911" folgende beachtenswerte Notiz:

„Gegenstand amtlicher Fürsorge teils vor der Aufnahme Kranker in eine Staats- oder Privat-Irrenanstalt, teils ohne daß eine solche sich anschloß, waren im Berichtsjahre 1112 Kranke, davon 1013 Geisteskranke und 99 Epileptiker.

Hiervon entfallen auf den

Neckarkreis .	691	Geisteskranke	u. 58	Epileptiker
Schwarzwaldkreis	84	„	„ 3	„
Jagstkreis . . .	109	„	„ 26	„
Donaukreis . .	129	„	„ 12	„

Von den 1013 Geisteskranken wurden nur 104 = 10,2% direkt in eine Anstalt verbracht, 740 = 73% wurden zunächst im Bezirksirrenlokal behandelt. Von da aus wurden 261 in eine Heilanstalt überführt, 395 wurden als genesen oder gebessert entlassen, 35 wurden anderweitig in Pflege untergebracht und 49 starben während ihres Aufenthalts im Irrenlokal. Am Jahresschluß befanden sich noch 93 in einem Irrenlokal des Bezirks. Die meisten unmittelbaren Aufnahmen fanden im Neckar- und Donaukreis statt.

Von den 99 Epileptikern wurden 38 in eine Bewahr- oder Heilanstalt verbracht."

Diese Mitteilung dürfte zur Prüfung der Frage Anlaß geben, ob es nicht dem Bedürfnis der gegenwärtigen allgemeinen Lebensverhältnisse entsprechen würde, wenn für eine rasche Unterbringung von Geisteskranken durch Schaffung zweckmäßiger Einrichtungen in den Zentren kleinerer politischer und Verwaltungsbezirke in mehr systematischer Weise Sorge getragen werde. Der Umstand, daß die Psychiatrie Prüfungsgegenstand für die angehenden Ärzte ist, kommt dabei zustatten.

Eine genaue statistische Feststellung, wie sie oben für Württemberg gegeben wird, wäre auch in den übrigen Bundesstaaten bezw. Ländern sehr erwünscht.

Bresler.

— Über die **Kosten des technischen Betriebs einer Anstalt** gibt höchst instruktive Auskunft der Abschnitt: Bericht über den technischen Betrieb in dem Jahresbericht der Oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt **Eglfing** bei München über das Jahr 1909. Wir geben diesen Teil des Jahresberichtes im nachfolgenden wörtlich wieder:

Das Berichtsjahr verlief wie das vergangene gleichfalls ohne besondere Störungen und Unfälle. Die in den vorhergegangenen Jahren aufgestellten Betriebseinteilungen haben sich bewährt, so daß auch dieses Jahr der Betrieb nach den gleichen Prinzipien durchgeführt werden konnte, außerdem zeigen die Resultate bereits eine bemerkenswerte Gleichmäßigkeit, so daß nun die vorliegenden vierjährigen Durchschnittszahlen als wertvolle Anhaltspunkte bei der Aufstellung des Projektes für die neue dritte Anstalt zugrunde gelegt werden können. Die Kohlenpreise blieben auf der Höhe der vergangenen Jahre. Es konnten aber trotzdem durch weitgehende Verwendung von oberbayerischen Kohlen und rationelle Ausnützung des Materials die Dampferzeugungskosten vermindert werden.

Die Kochküche sowohl als die Wäschereianlage mußten infolge des erhöhten Krankenstandes eine Erweiterung erfahren. Es wurden deshalb zwei neue Kochkessel von je 600 l Inhalt und eine neue Waschmaschine und Zentrifuge aufgestellt und eine neue Muldenmangel von geringer Leistungsfähigkeit gegen eine Zylinderplättmaschine ausgewechselt. Außerdem wurde zur Feststellung des Kraftstromverbrauches in der Waschküche ein Wattstundenzähler eingeschaltet.

I. Dampferzeugung.

Erzeugt wurden 24595000 (24417000)*) kg Dampf, d. i. im Monat durchschnittlich 2049500 (2034300) kg oder pro Tag und Kopf 56,59 (60,38) kg.

Die maximale monatliche Dampferzeugung betrug 3400000 (3552000) kg im Januar, die minimale 1160000 kg im Juni (1150000 kg im August).

Das Tagesmaximum 135000 kg am 13. Februar (131000 kg am 13. Januar) bei 10° C Außentemperatur und sehr starkem Nordwestwind, das Minimum 28000 kg am 10. Juni (27000 kg am 2. August).

Wie bereits oben erwähnt, wurde neben erstklassigen Ruhrbriketts vorwiegend oberbayerische Kohle verfeuert, außerdem auch kleine Mengen verschiedener Sorten Briketts zu Versuchszwecken, und zwar in folgenden Mengen:

969,022 Tonnen Briketts à 3 kg aus der Zeche „Friedlicher Nachbar", 88,331 Tonnen Briketts à 3 kg aus der Zeche „Freier Vogel" und „Unverhofft" (syndikatsfrei), 429,482 Tonnen Briketts aus der Zeche „Mariagrube" des Eschweiler Bergwerksverein (gleichfalls syndikatsfrei), mit einem Durchschnittspreise von 28,50 M. pro Tonne loco Bunker, 12,000 Tonnen Anthrazit bei Briketts und 2075,799 Tonnen oberbayerischer Kohlen aus den Zechen Hausham und Peißenberg zum Durchschnittspreise von 16,50 M. pro Tonne loco Bunker.

Die Ruhrbriketts besitzen einen Heizwert von ca. 7700 Kal., die oberbayerischen Kohlen einen solchen von ca. 5400, so daß sich die 100000 WE. loco Kesselhaus auf 0,370 M. bezw. 0,306 M. stellen.

Insgesamt wurden demnach verbraucht:

3574,634 (3380,804) Tonnen im Gesamtwerte von 77396,33 M. (78116,52) M.

Für 1000 kg Dampf betrugen die Kosten an

Kohlen	3,148	(3,195) M.
Löhnen	0,2609	(0,257) „
Schmier- und Putzmaterial . .	0,0379	(0,034) „
Unterhalt	0,2513	(0,337) „
Dichtungs- und Packungsmaterial	0,0314	(0,028) „
Wasserreinigung	0,010	(0,009) „
Gasamtkosen	3,7315	(3,860) M.
reinen Betriebskosten	3,4568	(3,495) M.

*) Die Zahlen in Klammern sind die entsprechenden Zahlen des Vorjahres.

Die durchschnittliche Verdampfungsziffer war 6,879 gegen 7,23 im Vorjahre entsprechend der Verwendung von geringwertigerem Material.

Die gesamte Betriebsstundenzahl der Kessel betrug 20160 (20100).

Vom Gesamt-Dampfverbrauch erforderte:

die Heizung	44,17	(45,35)%
der Maschinenbetrieb	16,97	(16,15)%
die Warmwasserbereitung	25,30	(25,65)%
der Waschküchenbetrieb	6,91	(6,80)%
der Kochküchenbetrieb	6,65	(6,05)%

nach den Jahresquartalen

das I. Quartal	36,81	(36,55)%
„ II. „	17,24	(18,80)%
„ III. „	15,15	(14,65)%
„ IV. „	30,80	(30,00)%

II. Elektrische Anlagen.

Erzeugt wurden 343200 (320149) KW-St., abgegeben wurden 284000 (264000) KW-St. Davon wurden von den Maschinen direkt geliefert 137600 (130585) KW-St. und von der Batterie 146400 (133505) KW-St.

Der Nutzeffekt der Batterie stellt sich infolge der bereits im vorjährigen Bericht ausgeführten Ursachen wieder auf 70,2 (70,2)%.

Das monatliche Verbrauchsmaximum war 37800 KW-St. im Dezember (34000 im Dezember), das Minimum KW-St. 15000 im Juni (14700 Juni), der durchschnittliche Monatsverbrauch KW-St. 23670 (22010).

Das Tagesmaximum KW-St. 1347 am 21. Dez. (1219 am 30. Dez.), das Tagesminimum KW-St. 312 am 4. Juli (317 am 19. Juli).

Der durchschnittliche tägliche Verbrauch betrug KW-St. 778,5 (722,1), d. i. pro Kopf und Tag 0,654 (0,653) KW-St.

Die höchste Momentanbelastung war wieder mit 145 KW am 21. Dez. nachmittags 5 Uhr 30 Min., (145 KW am 30. Dez. 5 Uhr 30 Min.) zu verzeichnen entsprechend 36,3 (36,3)% des Anschlußwertes.

Prozentual verteilt sich der Stromverbrauch auf die einzelnen Quartale:

im I. Quartal	29,14	(28,8)%
„ II. „	17,53	(18,05)%
„ III. „	18,63	(19,46)%
„ IV. „	34,70	(33,69)%.

Von der Stromabgabe wurden insgesamt KW-St. 52300 (51774) = 18,43 (19,57)% für die Wasserbeförderung verbraucht, und zwar

im I. Quartal	13,9	(14,51)%
„ II. „	26,5	(27,90)%
„ III. „	27,6	(29,70)%
„ IV. „	13,2	(31,71)%

des jeweiligen vierteljährigen Verbrauches.

Für Unterhalt der Starkstromleitungen, des Kabelnetzes, der Motore, Heizapparate, Kohlenstifte Glühlampenersatz, laufende kleine Erweiterungen inkl. Löhnungen etc. betrugen die Kosten 7746 (5964) M. Für die Schwachstromanlagen ist der entsprechende Betrag 2079 (2495) M. Unter Abzug der für die Wasserversorgung, Kanalisation und Waschküche verbrauchten Energie betragen demnach pro Verpflegstag und Kopf die Kosten:

an Kohlen	2,090	(2,38) Pf.
„ reinen Betriebsausgaben	2,731	(3,09) „
„ Gesamtkosten	5,476	(6,72) „

Der Preis für die abgegebenen KW-St. an den Sammelschienen betrug:

an Kohlen	4,620	(4,725) Pf.
„ reinen Betriebsausgaben	5,935	(6,131) „
„ Gesamtkosten	7,759	(8,980) „

Die Beträge setzen sich zusammen:

an Kohlen	4,620	(4,725) Pf.
„ Gesamtkosten für die Dampferzeugung	5,501	(5,850) „
„ Löhnen	0,806	(0,858) „
„ Schmier- und Putzmaterial	0,104	(0,093) „
„ Dichtungs- u. Packungsmaterial	0,040	(0,056) „
„ Unterhaltungskosten für die Maschinen	0,229	(0,470) „
„ Unterhaltungskosten für die Batterie	1,079	(1,653) „

III. Heizung.

Die Heizung war an 195 (198) Tagen 1876 (1802) Stunden im Betrieb. Der Gesamtdampfverbrauch betrug 10856000 (11073000) kg, d. i. pro Tag durchschnittlich 29800 (30250) kg.

Vom Heizdampfverbrauch entfielen auf das

I. Quartal	52,42	(53,9)%
II. „	8,27	(12,4)%
III. „	—	(—) %
IV. „	39,30	(33,7)%

Die Kosten betrugen

an Kohlen	34,672	(36,149) M.
„ reinen Betriebsausgaben	42,835	(43,569) „
„ Gesamtkosten	46,910	(55,328) „

d. i. pro Tag und Kopf

an Kohlen	7,98	(8,930) Pf.
„ reinen Betriebsausgaben	9,87	(10,750) „
„ Gesamtkosten	10,81	(13,650) „

IV. Warmwasserbereitung.

Der Warmwasserverbrauch betrug 26100 (25859) Kubikmeter, also im Monat durchschnittlich 2175 (2156) cbm oder im Tag 71,5 (70,62) cbm und pro Kopf 60,1 (63,8) Liter.

Der maximale Monatsverbrauch belief sich auf 2500 cbm im Dezember (2380 im Oktober) mit 2,045 cbm pro Kopf und Monat und der minimale auf 1930 cbm im Februar (1890 im Juli) mit 1,653 cbm pro Kopf.

Der Gesamtdampfverbrauch betrug 6225000 (6270000) kg, d. i. im Tag durchschnittlich 17060 (17140) kg.

Die Kosten betrugen

an Kohlen	19,158	(19.560) M.
„ reinen Betriebsausgaben	21,172	(22,174) „
„ Gesamtkosten	24,784	(25,292) „

d. i. pro Kopf und Tag

an Kohlen	4,414	(4,830) Pf.
„ reinen Betriebsausgaben	4,870	(5.47) „
„ Gesamtkosten	5,700	(6,29) „

Der Kubikmeter Warmwasser von durchschnittlich

70° C verbrauchte inkl. Transmissionsverluste 238,5 (243) kg Dampf und kostete

an Kohlen . . . . 0,734 (0,76) M.
„ reinen Betriebsausgaben . 0,811 (0,86) „
„ Gesamtkosten . . . . . 0,949 (0,98) „

V. Waschküchenbetrieb.

Die Waschküchenleitung hatte 3423 (3368) Betriebsstunden und verbrauchte 1 700 000 (1 650 000) kg Dampf, d. i. pro Tag durchschnittlich 4495 kg.

Wie bereits oben erwähnt, wurde zur Feststellung des Stromverbrauches für den Waschküchenbetrieb, also für den Betriebsstrom der Antriebmotoren, der Bügeleisen und Walzen ein Wattstundenzähler eingebaut. Der Stromverbrauch ist mit Rücksicht auf die starke Benützung der Betriebseinrichtungen nicht so bedeutend als vermutet wurde.

Der Verbrauch an Kilowattstunden belief sich im ganzen Jahre auf 25 700, d. i. im Monat durchschnittlich auf 2141, demnach pro Tag im Mittel auf 70,4 KW-St. pro Kopf, also 0,0592 KW-St.

Die Betriebskosten des gesamten Waschküchenbetriebes betragen:

an Kohlen . . . . 6522 M.
„ reinen Betriebsausgaben . . 7700 „
„ Gesamtkosten . . . . 9638 „

VI. Kochküchenbetrieb.

Neben 50,095 (52,795) Tonnen Kohlen im Betrage von 1025,38 (939,50) M. für die Herdfeuerungen wurden 1 640 000 (1 484 000) kg Dampf bei 4661 (4445) Betriebsstunden verbraucht.

Die Gesamtkosten für den Kochküchenbetrieb beliefen sich auf 7416 (6720) M., d. i. pro Verpflegstag und Kopf 1,706 (1,660) Pf.

VII. Wasserversorgung.

Gefördert wurden 222 000 (217 827) cbm, d. i. im Tage durchschnittlich 608,2 (594,5) cbm und pro Kopf 511 (537) l. Der maximale monatliche Wasserverbrauch war 22 000 cbm im August (23 500 cbm im Juli), der minimale 15 400 cbm im Februar (15 000 im März).

Der maximale Tagesverbrauch belief sich auf 966 cbm am 6. Juli (1129 cbm am 2. Juli), der minimale auf 424 cbm am 4. April (409 cbm am 27. Januar) pro Kopf und Tag demnach maximal 0,816 (1,020) cbm, minimal 0,360 (0,383) cbm.

Die Gesamtkosten betrugen inkl. Unterhalt und Löhne etc. 5471 (6427) M. oder pro Verpflegstag und Kopf 1,26 (1,586) Pf. Für den Kubikmeter Wasser wurden 0,2448 KW-St. (0,2374) verbraucht. Die Kosten betragen pro Kubikmeter Wasser

an Kohlen . . . . 1,088 (—) Pf.
„ reinen Betriebsausgaben . 1,641 (1,727) „
„ Gesamtkosten . . . . . 2,462 (2,950) „

Der Grundwasserstand zeigte keine bemerkenswerte Änderung. Vom Wasserverbrauch entfielen auf das

I.	Quartal	21,95 (21,87)%
II.	„	24,71 (25,61)%
III.	„	28,58 (28,85)%
IV.	„	24,76 (23,67)%

VIII. Kanalisation.

Die Pumpen zur Hebung des Schmutzwassers aus dem Sandfang auf die Rieselfelder verbrauchten 9100 (8320) KW-St. Die Gesamtkosten für die Abwasserförderanlage mit Kanalisation und Unterhalt der Hausinstallationen, Löhne, Reinigung etc. betrugen 2905 (3038) M., d. i. pro Verpflegstag und Kopf 0,669 (0,750) Pf.

IX. Freie Heizung.

Für Heizung des Verwaltungsgebäudes, der Gärtnerei und der Beamten- und Bedienstetenwohnungen wurden verbraucht: 332,500 (305,100) Tonnen diverser Koks- und Kohlensorten im Gesamtbetrage von 10471,03 (9560,54) M. Es entfallen demnach hierfür für den Verpflegstag und Kopf 2,411 (2,36) Pf.

X. Zusammenstellung.

Die Gesamtkosten für den technischen Betrieb betragen demnach pro Verpflegungstag und Kopf an Kohlen: 20,461 (21,878) Pf.

Davon entfallen auf:

	Pf.		%
Heizung	7,98 (8,930)	=	39,00 (40,75)
Elektrische Energie .	2,090 (2,380)	=	10,21 (10,90)
Warmwasserbereitung	4,414 (4,830)	=	21,6 (22,10)
Waschküchenbetrieb	1,504 (1,285)	=	7,36 (5,88)
Kochküchenbetrieb .	1,410 (1,390)	=	6,92 (6,35)
Wasserversorgung . .	0,556 (0,605)	=	2,73 (2,77)
Kanalisation	0,096 (0,098)	=	0,48 (0,45)
Freie Heizung . . .	2,411 (2,360)	=	11,7 (10,80)

an reinen Betriebsausgaben 24,497 (26,230) Pf.

Davon entfallen auf

	Pf.		%
Heizung	9,870 (10,750)	=	40,3 (41,00)
Elektrische Energie .	2,731 (3,090)	=	11,15 (11,76)
Warmwasserbereitung	4,870 (5,470)	=	19,90 (20,85)
Waschküchenbetrieb .	1,774 (1,617)	=	7,24 (6,16)
Kochküchenbetrieb .	1,523 (1,510)	=	6,22 (5,76)
Wasserversorgung .	0,840 (0,928)	=	3,43 (3,54)
Kanalisation	0,478 (0,505)	=	1,87 (1,93)
Freie Heizung . . .	2,411 (2,360)	=	9,89 (9,00)

an Gesamtkosten 30,451 (34,656) Pf.

Davon entfallen auf:

	Pf.		%
Heizung	10,810 (13,650)	=	35,5 (39,40)
Elektrische Energie	5,676 (6,630)	=	18,64 (19,13)
Warmwasserbereitg.	5,700 (6,240)	=	18,71 (18,00)
Waschküchenbetr. .	2,219 (1,780)	=	7,28 (5,14)
Kochküchenbetrieb .	1,706 (1,660)	=	5,61 (4,79)
Wasserversorgung .	1,260 (1,580)	=	4,14 (4,57)
Kanalisation . . .	0,669 (0,750)	=	2,19 (2,16)
Freie Heizung . .	2,411 (2,360)	=	7,93 (6,81)

Auf das Rechnungsjahr 1910 ging ein Brennmaterialvorrat von 2452 Tonnen Briketts, Koks und Kohle über.

— **Lübeck.** Für die innere Ausstattung der im Bau begriffenen Staatsirrenanstalt in Strecknitz hat die Bürgerschaft rund 125 000 M. bewilligt.

— **Wöllershof** (Oberpfalz). Die neue Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Wöllershof, Bezirksamt Neustadt, wurde kürzlich in Betrieb genommen.

— **Hoffmann-Brunnen in Frankfurt a. M.** Die Altstadt in Frankfurt a. M. wird einen neuen

künstlerischen Schmuck durch einen Hoffmann-Brunnen erhalten. Dr. Heinrich Hoffmann hat sich bekanntlich als Leiter der Frankfurter Irrenanstalt große Verdienste um die Irrenpflege erworben; viel bekannter aber ist er als Verfasser des „Struwelpeter", jenes köstlichen Kinderbuches, das, in alle Kultursprachen übersetzt, heute sogar den Kindern Japans die Lehren übermittelt, die Hoffmann in humoristischen Versen und Bildern ursprünglich ganz allein für seine eigenen Kinder zu Papier brachte. Die Mittel zu dem Hoffmann-Brunnen entstammen einer Sammlung eines für diesen Zweck gebildeten Ausschusses, der eben ein Preisausschreiben unter den in Frankfurt geborenen oder dort wirkenden Künstlern erläßt.

— **Brand in einer amerikanischen Irrenanstalt.** Die Irrenanstalt bei der Stadt Hamilton in der kanadischen Provinz Ontario brannte am 1. August bis auf die Grundmauern nieder. Von den 600 Insassen fanden mehr als 20 den Tod. Die Feuerwehr der Stadt Hamilton leistete heroische Arbeit, doch waren ihre Anstrengungen vergeblich, da die Anstalt hoch in den Bergen liegt und der Zugang zu den brennenden Gebäuden außerordentlich schwierig war. Ein besonders gefahrvolles Stück war die Rettung der 75 gemeingefährlichsten Tobsüchtigen. Die Feuerwehr spannte Rettungsnetze aus und die Wärter wußten sich nicht anders zu helfen, als daß sie die Tobsüchtigen einzeln packten und aus den Fenstern in die Sprungtücher warfen.

Referate.

— Die fleischlose Küche. Eine theoretische Anleitung und ein praktisches Kochbuch von Dr. Julian Markuse und Bernardine Wörner. Verlag von Ernst Reinhardt, München. 552 Seiten. Preis 3 M., geh. 3,75 M.

Bei der bevorstehenden Fleischteuerung muß gerade dieses Buch auch für die Anstaltsküche als ein höchst willkommener Ratgeber bezeichnet werden. Denn viele Kranken werden sich mit der Einschränkung der Fleischspeisen leichter zufrieden geben, wenn in die fleischlose Kost möglichst viel Schmackhaftigkeit und Abwechslung gebracht wird. Die in dem Buche enthaltenen 1315 Kochrezepte bieten die denkbar reichste Auswahl. Der in dem Buche ausgesprochenen Ansicht: „Fast alle Menschen könnten den Fleischgenuß auf die Hälfte, ja sogar bis zu einem Drittel des gewöhnlich von ihnen genommenen Quantums einschränken, ohne jedweden Schaden an Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erleiden, im Gegenteil würde hieraus ein wesentlicher und fühlbarer Nutzen für das augenblickliche wie zukünftige Befinden resultieren", kann man ganz besonders zustimmen mit Bezug auf zahlreiche Patienten der besseren Verpflegungsklassen in den Heilstätten, Patienten, welche die Zweckmäßigkeit und Güte der Ernährung noch immer nach der Größe der Fleischportion zu beurteilen pflegen.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Dösen** bei Leipzig. Dem Obermedizinalrat Direktor Dr. Lehmann wurde der Charakter als Geheimer Rat verliehen.

— **Lindenhaus** bei Brake. Dem Direktor Dr. Alter wurde der Charakter als Medizinalrat verliehen.

— **Weilmünster.** Dr. Becker wurde zum Oberarzt an hiesiger Anstalt ernannt.

— **Klingenmünster.** Hilfsarzt Theodor Schulz gestorben.

— **Pfullingen.** Dr. Alfred Friedmann als Assistenzarzt eingetreten.

— **Wöllershof.** Dr. A. H. Adam von der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Regensburg bei der hiesigen Kreis-Heil- und Pflegeanstalt angestellt.

Anstaltstechnisches.

Matratzen-Auflage und Kissen aus Patentgewebe.

Der Deutschen Patentweberei, G. m. b. H., in Chemnitz, ist es gelungen, durch ihre Matratzen-Auflagen und Kissen aus Patentgewebe die Hygiene mit einer höchst beachtenswerten Neuerung zu bereichern, auf welche im nachfolgenden das Augenmerk gerichtet werden soll.

Diese Matratzen-Auflagen und Betteinlagen aus antiseptischem Patentgewebe sollen keineswegs die verschiedenen wasserdichten Einlagen ersetzen. Sie werden und sollen nicht vollständig gegen jegliche Infektion abschließen; sie sind aber sehr wohl geeignet, in den meisten Fällen, da eine Infektion durch weniger virulente Bakterien eintreten könnte, genügenden Schutz zu bieten; sie schließen ferner absolut gegen jede nichtinfektiöse Unsauberkeit ab und leisten dadurch sehr wertvolle Dienste, bietet doch gerade Unsauberkeit sehr oft den besten Nährboden für bakteriöse Gebilde.

So schützen die Betteinlagen aus antiseptischem Patentgewebe den im Bette, namentlich im fremden Bette in den Badeorten, Sommerfrischen, Hôtels, den Sanatorien, Kliniken etc. Liegenden in den weitaus meisten Fällen gegen Gesundheitsschädigungen, die ihn während des Liegens im Bette treffen könnten. Sie geben aber weiter, und der Vorteil ist nicht zu unterschätzen, dem Liegenden die Beruhigung, mit Unsauberkeit nicht in Berührung zu kommen, und solche Beruhigung ist ein wichtiges Moment, das den Körper in der Abwehr von Krankheitsstoffen wesentlich unterstützt.

Für Badeorte, Sommerfrischen, Hôtels, Sanatorien, Krankenhäuser etc. ist es aber ohne Frage von größter Bedeutung, daß Unsauberkeiten, die den Schlafenden anhaften, in den allermeisten Fällen durch die Bett-

einlagen aus Patentgewebe von den Matratzen und Decken der Betten ferngehalten werden. Diese Inventargegenstände werden somit außerordentlich geschont. Dazu kommt, daß die Betteinlagen aus Patentgewebe stets eine gute Luftzirkulation zulassen.

Aus antiseptischem Papier und Garn, beide Materialien in Kette und Schuß, gewebt, bildet das vielfach sich kreuzende Papier gewissermaßen lauter kleine Luftkissen, deren dauernde Elastizität durch das Einbinden mittels Garnfäden gewährleistet ist. Sie sind deshalb im Sommer kühl und im Winter warm, die Temperatur des Körpers gleichmäßig erhaltend; wobei der Umstand, daß Papier, wie bekannt, ein schlechter Wärmeleiter ist, eine besonders große Bedeutung hat.

Ferner sollte auch bei Verwendung wasserdichter Betteinlagen, die in manchen Fällen nicht zu umgehen ist, die Betteinlage aus Patentgewebe gleichzeitig mit verwendet, also auf die wasserdichte Einlage gelegt werden.

Das Wundliegen der Kranken und namentlich auch der Säuglinge wird sich dann in den weitaus meisten Fällen ganz vermeiden lassen.

Nicht unerwähnt möchte sein, daß die Weichheit der Betteinlagen aus Patentgewebe es sehr wohl zuläßt, daß dieselben statt unter das Bettuch, über dasselbe gebreitet werden oder das letztere ganz überflüssig machen, in dieser Weise die oft sehr unbehagliche und höchst schädliche Feuchtigkeit des fremden Bettuches vom Körper fern haltend.

Endlich läßt sich auch ein Tuch aus Patentgewebe sehr wohl zum Zudecken verwenden.

Patentgewebe läßt sich sehr gut und leicht dadurch reinigen, daß man es mit irgendeiner antiseptischen Flüssigkeit bürstet und es wieder trocknet. Durch Bügeln zwischen feuchten Tüchern läßt es sich auch vorzüglich glätten.

Ferner fertigt die Deutsche Patentweberei in Chemnitz auch Einleg-Sohlen, welche vom hygienischen Standpunkt aus eine sehr vorteilhafte ärztliche Beurteilung erfahren haben und deren Vorzüge in der Geschmeidigkeit, Luftdurchlässigkeit und Saugfähigkeit bei großer Haltbarkeit bestehen. —

Über die **Verwendung von Aluminiumgeschirr in der Anstalt** enthält der eben erschienene Bericht über die Kgl. Württemberg. Irrenanstalten pro 1909 folgende Angabe aus der Kgl. Heilanstalt Schussenried:

„Einen nicht unwesentlichen Fortschritt sehen wir in der Einführung von Aluminiumgeschirr an Stelle des Zinn- und Emailgeschirr. Das Aluminiumgeschirr sieht trotz anhaltenden Gebrauchs, wie die bisherige neunmonatige Erfahrung gelehrt hat, nicht allein schmucker aus und ist leichter reinlich zu halten, sondern hat vor allem auch den Vorzug, daß es immer zum Metallwert von der Fabrik zurückgenommen wird."

Über eine **Selbstspielvorrichtung der Anstaltsorgel** liest man ebenda aus der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten:

„Die neue von Hoforgelbauer Walker & Cie. in Ludwigsburg gebaute Orgel ist ein herrliches Instrument mit elf klingenden Registern. Von ganz besonderem Wert, namentlich für Konzertwerke, ist die Selbstspielvorrichtung der Orgel (Organola), die auch den weniger geübten Organisten den mustergültigen Vortrag großer und schwerer Konzertstücke gestattet. Zur Weihe der Orgel fand am 18. Juli ein wohlgelungenes Kirchenkonzert statt."

Auch sonst teilt der Bericht mannigfache technische Verbesserungen und Bereicherungen mit, wie z. B. in der Kgl. Heilanstalt Winnenthal: zur Behandlung der Wäsche unreinlicher und infizierter Kranker ist ein besonderer Raum abgeschieden worden. Es wurde ein verbesserter Kulissentrockenapparat, eine neue Bügelmaschine, eine neue Waschmaschine nebst zugehöriger Zentrifuge etc. aufgestellt. In der Anstalt Schussenried wurden sämtliche Strohsäcke, auch die für das gesamte Personal, durch Stahlmatratzen ersetzt. In der Anstalt Weißenau wurde ein Desinfektionshaus erbaut, das einen neuen Desinfektionsapparat mit eigener Dampferzeugung (Niederdruckdampf) enthält; in der Anstalt Weinsberg wurde ein neuer Warmwasserbereiter im Kesselhaus, eine neue Waschmaschine und eine Bügelmaschine angeschafft, ferner für ärztliche Zwecke ein Multostat, eine Zentrifuge und ein Perimeter.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 21. 19. August **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Vergleichende Bemerkungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v Dungernsche Modifikation in bezug auf ihre Brauchbarkeit für die Psychiatrie. Von Dr. med. W. Böttcher. Hubertusburg. (Schluß.) (S. 201.) — Die öffentliche Schlaf- und Ruhehalle bei der Internat. Hygieneausstellung in Dresden Von Prof. Dr. Sommer in Gießen. (S. 202). — Zur Ernährung bei Schwächezuständen von Nerven- und Geisteskranken. Von Nervenarzt Dr. med. R. Topp, Berlin-Weißensee. (S. 205.) — Mitteilungen (S. 207): Bestrafung eines Pflegers wegen Befreiung eines Geisteskranken. Krumeichs Konservenkrug. — Anstaltstechnisches (S. 207).

Vergleichende Bemerkungen über die Wassermannsche Originalmethode und die v. Dungernsche Modifikation in bezug auf ihre Brauchbarkeit für die Psychiatrie.

Aus dem bakteriologischen Laboratorium der Kgl. sächs. Landesanstalten zu Hubertusburg.

Von Dr. med. *W. Böttcher.*

(Schluß.)

Es steht einerseits fest, daß in der Zerebrospinalflüssigkeit die Hemmungskörper in vielen Fällen nicht in solch konzentrierter Form wie im Serum enthalten sind, wie Hauptmann und Hößli*) neuerdings wieder nachgewiesen haben. Dieses hatte Plaut vorher schon bei den langsam verlaufenden Paralysefällen erwähnt, und mir scheint es so, als ob auch die mit bedeutenderem Hydrocephalus internus und infolge dessen bedeutenderer Drucksteigerung einhergehenden Fälle ganz merklich weniger komplementablenkend sind. Es scheint solche Zerebrospinalflüssigkeit mehr hydropisch zu sein, und Hauptmann und Hößli haben ganz recht, wenn sie für den Liquor cerebrospinalis beim Original-Wassermann mehr als 0,2 ccm Lumbalpunktat angesetzt wissen wollen.

Andererseits läßt sich die hemmende bezw. unterhemmende Kraft des als Indikator zu verwendenden Normalblutes nicht durch etwaiges Inaktivieren beseitigen, und wenn man es auswaschen wollte, so hätte diese Methode nichts voraus vor der Hammelblutauswaschung beim Original-Wassermann.

Dem psychiatrischen Untersucher bleibt nach alledem bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit nichts anderes übrig, als nach der Originalmethode von Wassermann zu arbeiten. Auch die Noguchi'sche Methode, welche neben dem zu untersuchenden Serum ein sicher positiv und ein sicher negativ reagierendes als Kontrolle eingestellt wissen will, leidet unter denselben Mängeln wie die von Dungern'sche, weil sie auf denselben Prinzipien aufgebaut ist.

Es ist der Original-Wassermann-Methode von mancher Seite zum Vorwurf gemacht, sie bedürfe zur Untersuchung einer verhältnismäßig großen Menge Blutes zur Gewinnung des nötigen Serums. Man wählte dazu bislang in der Hauptsache die Venäpunktur oder Venäsektion der Vena mediana, und Dreuw*) hat neuerdings eine Spritze mit extra gebogener Kanüle zu ersterer angegeben. Es muß in der Tat zugestanden werden, daß der Aderlaß von den Patienten doch immerhin als etwas Eingreifenderes empfunden wird, und daß die von Dungern'sche Methode mit ihren erforderlichen zehn Tropfen Blut in dieser Hinsicht den einzigen Vorteil vor der Wassermann'schen hat.

Dem ist aber auch abzuhelfen, und zwar auf folgende Weise:

Ich benutze neuerdings die von Hofmann im Leipziger hygienischen Institute zur Widal'schen Typhusdiagnostik angegebenen 8 cm langen und 1 mm weiten Glaskapillaren zur Blutgewinnung.

*) Hauptmann und Hößli, Münch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 26, p. 1581 ff.

*) Dreuw, Deutsche med. Wochenschrift, 1910, Nr. 5.

In das zur Erzeugung von aktiver Hyperämie mit einem alkoholgetränkten Wattebausch geriebene Ohrläppchen wird mit einem lanzettförmigen Schnepper (zu beziehen durch Schädel in Leipzig) ein Einstich gemacht. In den hervorquellenden Blutstropfen wird das eine Ende der Kapillare getaucht, welche sich ziemlich schnell vollsaugt. Man bewirkt durch leichtes Drücken des Ohrläppchens immer wieder erneutes Vorquellen eines neuen Bluttröpfchens. Die Kapillaren saugen sich von selbst voll, sofern sie man wagerecht oder mit einer ganz leichten Schrägneigung nach unten hält. Man muß darauf achten, daß die Röhrchen fast bis zum Ende voll sind und vermeide durch sofortiges Emporrichten des distalen Röhrchenendes bei Unterbrechung des Saugaktes das Auftreten von Lücken in der Blutsäule. Nach Füllung des Röhrchens werden beide Enden desselben sorgfältig abgetrocknet und mit Siegellack gut verschlossen. Durch Zentrifugieren wird der alsbald sich bildende fadenförmige Blutkuchen nach außen geschleudert und scheidet sich in einer scharfen Grenze vom Serum. An dieser Grenze und am Ende des das Serum enthaltenden Röhrchenteiles wird die Kapillare mit einer kleinen scharfen dreikantigen Feile angeritzt an beiden Stellen abgebrochen, und der Inhalt mittels eines kleinen Gummiballons in ein etwa 1 ccm fassendes Reagenzgläschen (zu beziehen von Fliedner, Elgersburg i. Th.) hineingeblasen.

Man erhält durch das Zentrifugieren die möglichst größte Serummenge aus der die Kapillarröhrchen füllenden Blutmasse. Das Serum nimmt stets die Hälfte und noch mehr von der Röhrchenlänge ein und ist von sehr klarer Beschaffenheit. Das Zentrifugieren selbst dauert nur 1/2 bis 1 Minute.

Der Inhalt eines solchen Röhrchens beträgt 0,06 bis 0,066 ccm, die Hälfte davon auf das Serum gerechnet also 0,03 bis 0,033 ccm. Zur Gewinnung von 0,2 bis 0,3 ccm Serum wären demnach etwa 8 bis 10 solcher Röhrchen, also im ganzen 0,5 bis 0,6 ccm Blutmenge nötig, und damit wäre die sonst erforderliche Blutmenge wesentlich reduziert, und vor allem die Venäpunktur umgangen.

Der entnehmende Arzt hat bei dieser Art der Blutentnahme nichts weiter zu tun, als nur die Röhrchen zu füllen, zu versiegeln und dem untersuchenden Institute zuzusenden.

Das Inaktivieren des in dem kleinen Reagenzgläschen gesammelten Serums geschieht am besten so, daß man es mit einem Wattebausch verschlossen in ein größeres, mit 1 bis 2 ccm Wasser gefülltes Reagenzglas hineintut und so der Inaktivierungstemperatur von 55 bis 56° C im Wasserbade aussetzt. Es wird dann durch Leitung erwärmt.

Zur weiteren Vornahme der Wassermannschen Reaktion gebrauchen wir jetzt nicht mehr den Brutschrank, sondern ausschließlich das von P. Schmidt, Leipzig, in Nr. 15 der Münchener med. Wochenschrift 1911 angegebene Wasserbad. Ich kann den Apparat nach unseren bisherigen Versuchen nur auf das angelegentlichste empfehlen. Man arbeitet dabei nur mit der Hälfte der Reagenzien, braucht also statt 0,4 ccm Serum für Versuch + Kontrolle nur 0,2 ccm und außerdem wird, abgesehen von der Bequemlichkeit und Schärfe der Beobachtung während der Lösung der Kontrollen, die Zeit für den eigentlichen Wassermannschen Versuch ganz erheblich abgekürzt.

Vor allem zweckmäßig ist der Apparat für Institute, welche keinen Brutschrank besitzen, er kostet ungefähr 40 bis 45 M. Es scheint, als ob die Leitungswärme im Wasserbade der Strahlungswärme im Brutschranke hinsichtlich der Schnelligkeit des Ablaufes bei der Reaktion bedeutend überlegen ist.

Nach wie vor aber bleibt der Grundsatz bestehen, daß die Wassermannsche Reaktion nur im Laboratorium von eingearbeiteten Untersuchern ausgeführt werden darf.

Die öffentliche Schlaf- und Ruhehalle bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden.

Von Professor Dr. *Sommer* in Gießen.

In der Zeitschrift „Die Krankenpflege" habe ich (vergleiche den zweiten Jahrgang 1902/03, Heft 6) einen Aufsatz über die Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen erscheinen lassen, der durch eine Reihe von Beobachtungen bei den großen Ausstellungen in Paris und Düsseldorf sowie in Großstädten und durch ärztliche Erfahrungen über die Wirkung von starken Ermüdungen bedingt war. Ich gebe zunächst die früheren kurzen Ausführungen hier nochmals wieder:

„Der Mangel an Schlaf ist nicht nur in vielen Fällen Symptom einer Nervenkrankheit, sondern auch öfter Ursache einer solchen. Es handelt sich um die durch unsere sozialen Verhältnisse bedingte Störung des Schlafes, welche sich mit der fortschreitenden Ausbildung der großstädtischen Zentren und der Verkehrsein-

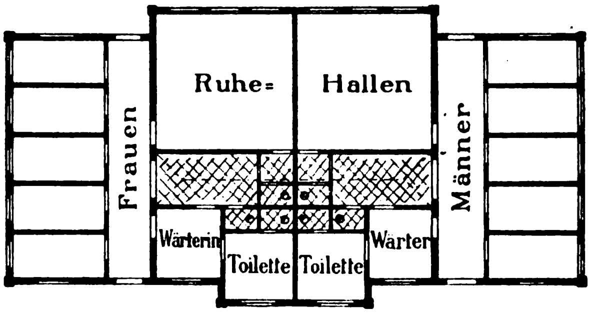
richtungen allmählich zu einer Gefahr bedenklichster Art entwickelt. Während unsere Literatur bis in die kleinsten Journale von den Ideen der Degeneration erfüllt ist, läßt man es ruhig geschehen, daß die Nerven der lebenden Generation durch die weitgehendste Störung des Schlafes ermüdet und die Regeneration der Nervenkraft verhindert wird. Nur der Schlaf kann ein Korrektiv gegen die Schäden bieten, welche die Hast des heutigen Verkehrslebens mit sich bringt. Nicht Betäubung durch alle möglichen narkotischen Mittel, sondern nur Ruhe kann die Schäden desselben beseitigen. Dabei scheint viel weniger das großstädtische Verkehrsleben selbst, als der Mangel an Schlaf und Ruhe zur Erholung davon das Schädigende zu sein. Man denke an die Tausende von Menschen, welche, abgesehen von den wenigen Bevorzugten, während der Nacht in der unbequemsten Situation im Eisenbahnabteil sitzen oder in verkrümmten Stellungen liegen und nach langen Fahrten erschöpft ihr Ziel erreichen, an die vielen Personen, welche in Großstädten stundenlang herumlaufen und schließlich beladen mit eingekauften Dingen völlig ermüdet in ihre Familie zurückkehren, ferner besonders an das Treiben bei großen Ausstellungen wie z. B. Paris oder Düsseldorf, bei denen durch eine Reihe von Stunden fast ohne Unterbrechung neue Eindrücke auf den Besucher einstürmen, ohne daß ein stilles Ausruhen abgesehen von dem Sitzen in überfüllten „Restaurationen" möglich wäre. Man darf den Einfluß von diesen Übermüdungen, denen sich gegenwärtig außerordentlich viele Personen, darunter besonders auch Frauen und Kinder, wenn auch nur vorübergehend, aussetzen, nicht unterschätzen.

Will man mit der Idee der psychischen Hygiene und der Schonung der Nervenkraft endlich Ernst machen, so wird die öffentliche Organisation der Ruhe eine der ersten und bis zu einem gewissen Grade lösbaren Aufgaben sein. Nicht als ob sich der Schlaf durch hygienische Polizeimaßregeln erzwingen ließe! Es handelt sich vielmehr darum, dem tatsächlich vorhandenen Bedürfnis durch die Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen entgegenzukommen. Nicht eine Form des sozialen Zwanges, sondern eine vermehrte Gelegenheit zum Ruhen und Schlafen mitten im Getriebe der Großstädte und des modernen Verkehrs ist die Aufgabe. Eine halbe bis eine Stunde Ruhe ist imstande, das ermüdete Nervensystem wieder aufleben zu lassen und den Erschöpften beispielsweise in dem Getriebe einer Ausstellung wieder arbeits- und genußfähig zu machen.

Ich werde nun kurz beschreiben, wie ich mir die Organisation dieser Schlaf- und Ruhehallen denke. Die Anlage derselben würde in größeren Stadtgemeinden am besten von diesen selbst in die Hand genommen, um von vornherein eine Benutzung zum Erwerb auszuschließen und die Einrichtung als eine öffentlich-hygienische zu kennzeichnen. Dieselben müßten in ruhigen Seitenvierteln der belebten Stadtteile, womöglich, falls öffentliche Plätze ohne zuviel Straßenlärm vorhanden sind, auf diesen angelegt werden. Vor allem sind bei großen Ausstellungen Anlagen dieser Art notwendig einerseits um Muster für städtische Unternehmungen zu bieten, anderseits um dem Publikum die Gelegenheit zur Gewöhnung zu geben. Die im einzelnen bei der Anlage zu erfüllenden Forderungen sind folgende: 1. Geräuschlosigkeit. 2. Bequemlichkeit. 3. Reinlichkeit. 4. Leichte Zugänglichkeit. 5. Völlige Trennung der Abteilungen für die beiden Geschlechter. 6. Billigkeit. Auf Grund dieser Forderungen ist der vorliegende Plan entworfen.

Der Grundriß besteht aus einer Abteilung für Frauen (F) und einer für Männer (M), welche durch eine Scheidewand völlig getrennt sind. Rechts und links befinden sich nebeneinander je 5 kleine Räume mit den Maßen 2 × 4 m, ausgestattet mit einem sofaähnlichen Ruhelager nebst einem Tischchen und 1—2 Stühlen.

Die kleinen Zimmer sind durch einen davor gelagerten Korridor völlig von den anderen Räumen getrennt. Letztere bestehen außer einem nach vorn innen liegenden Gelaß für je eine Wareperson 1. aus einem größeren Zimmer (Ruhehalle) von 6 × 6 m Bodenfläche, in welchem sich ungefähr 5 bequeme Liegestühle zum Ausstrecken befinden nebst einem Tisch mit etwas Lektüre; 2. aus einem Vorhof, der mit Glas überdeckt ist und als Garderobe zur Ablage der Überröcke, Hüte, Stöcke



usw. sowie auch der Schuhe dient. Vor Betreten der Ruhehalle oder des Korridors vor den Zimmern empfiehlt es sich der Geräuschlosigkeit wegen, bereitliegende einfache Sandalen oder Filzpantoffeln anzuziehen, wie dies z. B. bei Besuch von Schlössern üblich ist; 3. aus einem Kloset mit Vorraum nach der Ruhehalle zu. Dasselbe ist zentral eingebaut, um alle Störung der Schlafräume und der Ruhehalle zu vermeiden. Der Vorraum ist von dem Garderoben-Hof und der Ruhehalle aus zugänglich. Die Klosetanlage ist ausschließlich für die die Schlaf- und Ruhehalle Benutzenden bestimmt; 4. einem Waschraum nach vorn vom Kloset, welcher von dem Wärter-Raum aus betretbar ist und nach rückwärts zu dem Kloset führt. — Die ganze Anlage würde einen Flächenraum von ungefähr 10 × 24 = 240 qm bedecken. Dieselbe würde bei einfacher Herstellung z. B. als einstöckiger Holzbau nur geringe Kosten machen. Als Zahlung könnte bei Bemittelten für die Schlafzimmer ein Satz von zirka 50 Pf. pro Stunde, für die Ruhehalle von zirka 30 Pf. pro Stunde in Ansatz kommen. Gemeinden könnten für wenig Bemittelte die Sätze noch niedriger stellen. Ich halte unter Voraussetzung einfacher Bauart bei obigen Sätzen sogar eine Rentabilität für möglich, da 10 Plätze zu 50 Pf. und 10 zu 30 Pf. pro Stunde vorhanden sind. Nimmt man bloß eine volle Benutzung der Räume für 3 Stunden des Tages an, so ergibt dies 10 × 50 × 3 = 15 M. + 10 × 30 × 3 = 9 M., Summa 24 M. pro Tag, was einer sehr beträchtlichen Kapitalsanlage nebst Betriebskosten entspricht.

Es handelt sich nun zunächst im wesentlichen um eine Vertretung der Idee und probeweise Ausführung derselben bei einer der nächsten großen Ausstellungen, sodann um weitere Durchführung in den größern Städten. Jedenfalls bietet sich hier eine Gelegenheit zu sozialer Hygiene in bezug auf die Nervenkraft unserer Generation." —

Dieser Aufsatz hat insofern ein eigenartiges Schicksal gehabt, als er wiederholt von größeren Tageszeitungen aufgegriffen und abgedruckt oder genau besprochen wurde, während er in der psychiatrisch-

neurologischen Fachliteratur merkwürdigerweise nur sehr wenig beachtet wurde, obgleich ich die Überzeugung hatte, in einem wichtigen Punkte einen brauchbaren Vorschlag zur Prophylaxe von Nervenkrankheiten gemacht zu haben. Auch gelang es mir bei verschiedenen Gelegenheiten nicht, die Durchführung dieses Planes im Interesse der Öffentlichkeit zu bewirken. Im Gegenteil stieß ich dabei auf geradezu unglaubliche Verständnis- und Interesselosigkeit. Von der Ausstellungskommission für die Weltausstellung in St. Louis wurde die Ablehnung damit motiviert, daß nach den bestehenden Vorschriften auf dem Ausstellungsterrain nicht genächtigt werden dürfe! Der betreffende Referent hatte also trotz des beigelegten Aufsatzes nicht einmal begriffen, daß es sich um eine in den Tagesstunden verwendbare Schlaf- und Ruhehalle handelte. Auch bei einer Darmstädter Ausstellung ist es mir nicht geglückt, die Durchführung des Planes zu bewirken. Ich war also einerseits durch diese Mißerfolge etwas entmutigt, andererseits schöpfte ich aus der lebhaften Anteilnahme, die der Plan gerade bei einer Reihe von sehr erfahrenen Personen fand, immer wieder die Hoffnung, daß der Gedanke schließlich doch zur Durchführung kommen würde. Eine neue Anregung in dieser Hinsicht erhielt ich durch den Vorsitzenden des Lärmschutzverbandes, Herrn Dr. Th. Lessing in Hannover, der meinen Artikel zur Ergänzung einer früheren Notiz darüber in ausführlicher Form abdruckte und für den Gedanken eintrat. Ferner riet mir der Genannte, mich an das Sekretariat der Dresdener Hygieneausstellung und an Herrn Geh. Kommerzienrat Lingner in Dresden zu wenden, was dann auch im Juni 1910 mit folgendem Schreiben unter Beilage der Äußerung von Herrn Dr. Lessing geschah:

„In der Anlage übersende ich auf Anregung von Herrn Dr. Th. Lessing in Hannover, dem Vorsitzenden des deutschen Lärmschutzverbandes, einen Aufsatz über Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen mit der Bitte, den Plan wenn möglich bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden zur Ausführung zu bringen. Es würde sich empfehlen, den Pavillon so zu bauen, daß er in seinen Hauptteilen nach Schluß der Ausstellung an eine andere Stelle, wo möglich in Dresden, überführt und in weitere Benutzung genommen werden kann.

Vielleicht könnte das Geld durch eine Sammlung aufgebracht werden, an der ich mich nach Kräften beteiligen würde."

Auf diese Eingabe vom 22. Juni 1910 ist mir durch ein Versehen einer Unterbehörde der Ausstellungsleitung eine Antwort überhaupt nicht geworden, und ich habe erst durch ein Schreiben des Herrn Kollegen Dr. Römer aus Illenau, der die Vorgeschichte kannte, und die Dresdener Ausstellung besuchte, im Juli 1911 davon Kenntnis bekommen, daß, meinem Antrag entsprechend, die öffentliche Schlaf- und Ruhehalle bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden tatsächlich errichtet worden ist; sein Brief lautet:

„Gestern kehrte ich von Dresden hierher zurück und möchte Ihnen nur kurz von der Ausstellung referieren, daß die von Ihnen vorgeschlagene Ruhehalle tatsächlich funktioniert und, wie ich dies durch eigenen Gebrauch bestätigt fand, sich gut bewährt. Es sind auf jeder Geschlechtsseite elf Plätze: je sechs Kabinen und fünf Liegestühle im Freien. Vielleicht dürften die Kabinen noch etwas besser ventiliert sein. Die Ausstattung ist sonst recht gut und sauber. Der Zuspruch ist gut, zum Teil größer als der vorhandene Platz, namentlich in den ersten Nachmittagsstunden. Zahlreiche Plakate machen auf die abseits in der Stille liegende Ruhehalle aufmerksam. Die Wärterin, bei der das Billet (pro Stunde 55 Pf.) gekauft wird, ist leider über die Genese der Sache nicht orientiert. Ihr Name war ihr von einem offenbar ärztlichen Besucher genannt worden. Vielleicht würde es sich empfehlen, namentlich in Rücksicht auf die zahlreichen ärztlichen Besucher der Ausstellung, die Sache etwas zu propagieren, etwa durch einen Sonderabdruck Ihres Vorschlages oder eine Schrift des Anti-Lärmvereins, von dem gleichfalls keinerlei Zeichen da ist, oder wenigstens durch Angabe Ihrer Adresse oder der sonstigen Interessenten. Vielleicht könnte auch ein Einschreibebuch installiert werden, für die, die sich für weitere Drucksachen interessieren. Die Gelegenheit für eine Propaganda wäre auch jetzt noch nicht vorüber.

Jedenfalls würden die Pläne der Einrichtung für Sie wertvoll sein und die etwaige Übernahme der Sache durch die Stadt später von Bedeutung für das Gedeihen der Einrichtung werden."

Auf Grund dieser Mitteilung habe ich mich an die Ausstellungsleitung gewandt, um mein geistiges Eigentum zu reklamieren, was ich hiermit nochmals ausdrücklich vor der Öffentlichkeit tue. Unterdessen habe ich die folgende genauere Auskunft von der Geschäftsleitung der Dresdener Ausstellung erhalten:

„Die Ruhehalle ist in dem zum Königlichen Großen Garten gehörigen, mit alten Bäumen bestandenen Teile des Ausstellungsgeländes an etwas abgelegener Stelle hinter den Staatspavillons Japans und Rußlands auf einer Grundfläche von ca. 265 qm errichtet worden. Der Platz ist so ausgewählt worden, daß ein Baum in der Mitte steht, der den beiden Höfen der Herren- und Damenabteilung Schatten spendet. Die Höfe haben je $4^1/_2 \times 15{,}5 = 56{,}25$ qm Fläche. In jeder Abteilung sind sechs Kabinen vorhanden mit je $2{,}1 \times 2{,}3 = 7{,}56$ qm Grundfläche. Die Kabinen sind in Höhe von 2,75 m mit einer Nesseldecke überspannt und je mit einer Chaiselongue, einem Nachttisch und einem Stuhl ausgestattet. Sie sind verschließbar und mit größerem, hochgelegenen Fenster nach dem Park versehen. Vor den Kabinen stehen in dem Hofe fünf Ruhestühle im Freien, die durch eine große Anzahl Wellwände so umstellt sind, daß der einzelne Ruhende sich den Blicken der anderen entziehen kann. Für jede Abteilung ist ein großer Waschraum mit Waschgelegenheit eingerichtet und zwischen den beiden Eingängen befindet sich ein geräumiges Zimmer für die Wärterin, welche die Hallen zu beaufsichtigen und die Billets auszugeben hat. Bemerkt wird noch, daß sowohl auf

den Chaiselongues in den Kabinen wie auf den Ruhestühlen im Freien ein mit Leinen überzogenes Polsterkissen, sogenanntes Schlaraffiapolster, sich befindet, das nach jeder Benutzung frisch überzogen wird.

Der Einbau von Aborten war zunächst vorgesehen, stieß jedoch dann wegen der Lage der Ruhehalle deswegen auf Schwierigkeiten, weil in diesem Teil des Königlichen Großen Gartens keine Schleußen eingebaut werden konnten, so daß eine Abschwemmung unmöglich gewesen wäre. Ohne eine solche glaubten wir jedoch, zumal in heißen Sommertagen, das Auftreten von Geruchsbelästigungen befürchten zu müssen. Es ist deshalb nur im Waschraum durch Anschlag auf die nächste Bedürfnisanstalt hingewiesen.

Die Benutzung der Ruhehalle ist eine sehr rege, vor allen Dingen sind in den Mittags- und zeitigen Nachmittagsstunden meist sämtliche Schlafgelegenheiten belegt. Die Gebühr für Benutzung einer Ruhekabine beträgt 50 Pf pro Stunde, zuzüglich 5 Pf. städtische Billetsteuer, und 30 Pf. für die Benutzung eines Liegestuhles im Freien.

Ihrem Wunsche entsprechend ist die Ausstellungsleitung bereit, in der nächsten Auflage des Kataloges die Ruhehallen als auf Grund der Anregung Ihrer Broschüre ins Leben gerufen, aufzuführen und ist entsprechende Anweisung bereits erteilt worden."

Jedenfalls ist mein anfänglicher Ärger darüber, daß die Ausführung meines Planes ohne jede Mitteilung an mich und ohne Nennung des Urhebers geschehen ist, außerordentlich übertroffen von der Freude, daß dieser vor c. 10 Jahren entwickelte Gedanke nunmehr zum erstenmal bei einer großen Ausstellung durchgeführt worden ist. Dabei zeigt sich deutlich, daß die Errichtung der Halle offenbar einem wirklichen Bedürfnis entspricht. Ich begrüße es als einen Fortschritt der praktischen Hygiene, daß der Plan einer öffentlichen Schlaf- und Ruhehalle bei dieser Gelegenheit zur Durchführung gekommen ist und danke der Ausstellungsleitung hierdurch lebhaft für das Geschehene.

Hoffentlich wird die Halle nach Schluß der Ausstellung in einer größeren Stadt, vielleicht in Dresden selbst, weitere Benutzung finden und zum Modell zahlreicher Einrichtungen gleicher Art werden.

Aus der St. Josephs-Heilanstalt in Berlin-Weißensee.

Zur Ernährung bei Schwächezuständen von Nerven- und Geisteskranken.

Von Nervenarzt Dr. med. *R. Topp*, dirigierender Arzt der Anstalt.

Eine der wichtigsten und schwierigsten Aufgaben des Arztes bei der Behandlung aller Krankheiten, vor allem solcher des Zentralnervensystems, ist die richtige und zweckmäßige Bekämpfung der besonders bei letzteren Erkrankungsformen so häufig vorkommenden akuten und chronischen Schwächezustände. Auf organischer oder psychogener Grundlage beruhend erfordern sie natürlich in jedem einzelnen Falle individuelle Beurteilung und therapeutische Maßnahmen. Gerade bei den Nerven- und Geisteskrankheiten ist eine gute und reichliche Ernährung, in vielen Fällen selbst eine gewisse Überernährung, eines der Hauptmittel des Arztes, den Krankheitsprozeß, soweit es seine Art erlaubt, günstig zu beeinflussen und zur Besserung, ja zur Heilung zu führen. Wie schon Dammann (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1907, Nr. 71) mit Recht betont, bietet das Nervensystem von allen Organen des menschlichen Körpers die empfindlichste Reaktion auf jede Störung in der Aufnahme und Verarbeitung der Nahrung. Daher ist bei allen Ernährungsstörungen ein Circulus vitiosus die Folge: Bei mangelhafter Ernährung wird das Nervensystem auf das allerempfindlichste geschädigt, und durch die Schwächung der Nerven wieder wird ebenso wie bei vielen Störungen der Großhirnrindenfunktion die Aufnahme und Ausnutzung der Nahrung und damit die Gesamternährung und Widerstandsfähigkeit des Körpers Schaden erleiden. Bei vielen Geisteskranken, besonders bei solchen, welche der Nahrungsaufnahme passiven oder aktiven Widerstand entgegensetzen, ist die Berücksichtigung dieses Punktes von eminenter Bedeutung.

Es kommt gerade bei den Erkrankungen des Nervensystems in erhöhtem Maße darauf an, daß die Nahrung in einer Form gereicht wird, die einerseits dem individuellen Geschmack und Begehren angepaßt ist, andererseits aber möglichst nicht zu voluminös ist, um die Verdauungsorgane allzu sehr zu belasten. Dabei muß die Zusammensetzung so gewählt sein, daß bei bestmöglicher Schmackhaftigkeit die einzelnen Nahrungsstoffe in genügender Konzentration enthalten sind, die dem in jedem einzelnen Falle erforderlichen Kaloriengehalte entspricht.

Eine Ernährung, die sich lediglich auf die Darreichung der von der Natur gebotenen Speisen beschränkt, wird gerade bei Erkrankungen des Nervensystems oft nicht ausreichend sein, so wünschenswert an sich eine derartige Ernährung betrachtet werden muß. Die oft vorhandene Appetitlosigkeit, der Widerwille gegen jede Nahrungsaufnahme und die bei Geisteskrankheiten oft vorkommende Nahrungsverweigerung zwingt uns, zu Präparaten zu greifen,

welche es uns ermöglichen, mit geringen Mengen die notwendigen Nährstoffe dem Körper zuzuführen.

Unter der großen Anzahl von Präparaten, welche zu diesem Zwecke empfohlen und mit gutem Erfolge angewandt werden, nimmt das Nährpräparat „Kufeke“ wohl eine der allgemein anerkannten und geschätztesten Stellungen ein. Auch in der meiner Leitung unterstehenden Anstalt hat es sich in einer ganzen Anzahl von geeigneten Fällen als vorzügliches Kräftigungsmittel bewährt. Seine Vorzüge sind hoher Nährwert, leichte Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit; dabei besitzt es die besonders willkommene Eigenschaft, keinerlei Reizung bei geschwächtem Magen oder Darm hervorzurufen. Selbst in solchen Fällen, in denen Milch nicht mehr vertragen wurde oder ihres Geschmackes wegen die Annahme derselben verweigert worden war, wurde Kufeke gern genommen und gelangte zu guter Wirkung. Widerwillen und Abneigung gegen dieses Präparat habe ich nur ganz vereinzelt beobachtet. In Mengen von 50 bis 150 g im Laufe des Tages als Zusatz zu Milch oder Suppen gereicht, wurde es durchweg sehr gerne akzeptiert. Bei mehreren Geisteskranken, welche die Nahrungsaufnahme überhaupt verweigerten, wurde es in gleicher Form durch die Magensonde zugeführt. In allen Fällen war eine zum Teil sehr erhebliche Besserung der Gesamternährung und des daraus resultierenden Körpergewichtes zu verzeichnen.

Von den etwa 60 Fällen, in denen ich Kufeke mit bestem Erfolge verordnete, seien die folgenden besonders hervorgehoben:

1. v. L., 41 Jahre alt, 1,77 m groß, Gutsbesitzer. Paralysis progressiva. Zahlreiche passagere Anfälle. Gewichtsrückgang, im Anschluß daran innerhalb zwei Monaten von 86,5 kg auf 70,75 kg. Völlige Anorexie. Patient muß mit dem Löffel gefüttert werden, schluckt nur flüssige und dünnbreiige Nahrung. Ordination: „Kufeke“ dreimal täglich 50 g in Verbindung mit Milch, Ei und Wein. Schon nach kurzer Zeit Hebung des Appetits, Besserung des Aussehens. Trotz weiterbestehender P.-Anfälle schnelles Ansteigen des Körpergewichtes. In $1^1/_2$ Monaten um 6,3 kg. Patient konnte mit Hilfe von „Kufeke“ bis zu dem im schweren Anfalle eintretenden Exitus dauernd auf ca. 80 bis 82 kg Körpergewicht gehalten werden.

2. Pf. H., 50 Jahr alt, Landwirt. Angstpsychose. Andauernd heftiger Angstzustand und starke psychomotorische Hyperkinese. Völlige Appetitlosigkeit. Rapider Kräfteverfall. Gewicht bei Aufnahme 90 kg. Nach 14 Tagen 82 kg. Ord.: Bettbehandlung, prolongierte Bäder, Opium. Da feste Nahrung nicht genommen wird, Löffelfütterung mit Suppen unter Zusatz von „Kufeke“ zweimal täglich je 75 g. „Kufeke“ wurde gern genommen. Unter allmählichem Nachlassen des Angstaffektes und Rückgehen der Hyperkinese schnelles Heben der Kräfte und des Körpergewichtes. In vier Monaten bei ständiger „Kufeke“-Darreichung Ansteigen auf 93,5 kg. Geheilt entlassen.

3. Th. W., stud. med., 21 Jahr alt. Katatonie. Stupor. Negativismus. Völlige Nahrungsverweigerung. Schluckt nicht. Stark abgemagert. Anämisch. Sondenfütterung viermal täglich mit jedesmaligem Zusatz von 35 g „Kufeke“. Nach 14 Tagen Besserung des Aussehens, Hebung des Körpergewichts um 2,2 kg. Patient fängt wieder an, selbst zu schlucken, wird mit dem Löffel weiter gefüttert, immer mit Zusatz von „Kufeke“ zu Milch und zu Suppen. Innerhalb vier Monaten Ansteigen des Körpergewichts um weitere 6,8 kg.

4. H. G., 34 Jahre alt. Lues cerebri. Elendes verfallenes Aussehen. Sichtbare Schleimhäute völlig anämisch. Körpergewicht des 1,76 m großen Patienten bei Aufnahme 59,2 kg. Häufiges Erbrechen. Durchfall. Vorsichtige Ernährung mit „Kufeke“-Suppen, nur mit Wasser zubereitet. Schnelles Aufhören der Magen- und Darmstörung. Hebung des Appetits und langsames Ansteigen des Körpergewichtes. Jetzt nach fünfmonatiger Behandlung Körpergewicht 68,7 kg. „Kufeke“-Darreichung wird fortgesetzt. Das Präparat wird sehr gern genommen.

5. W. R., 47 Jahre alt, Schriftsetzer. Alcoholismus chronicus. Delirium potatorum. Patient bietet typischen Pot.-Habitus. Fettleibig. Gedunsenes schwammiges Aussehen. Nach Ablauf des Deliriums völlige Appetitlosigkeit. Häufiges Erbrechen. Patient hat Widerwillen gegen jede Nahrung. Geht im Körpergewicht schnell zurück, innerhalb eines Monats um 11 kg. Bei völliger Alkoholabstinenz zunächst für ca. acht Tage ausschließliche Ernährung mit „Kufeke“-Wassersuppen. Aufhören des Erbrechens. Appetit stellt sich ein. Allmählicher Übergang zu gewöhnlicher Nahrung, dabei immer Zusatz von „Kufeke“ 150 g pro Tag. Rapides Ansteigen des Körpergewichtes. Schwinden des schwammigen gedunsenen Aussehens. Nach sechs Monaten ein Plus an Körpergewicht gegenüber dem bei Aufnahme von 6,7 kg.

6. L. E., 40 Jahre alt, Lehrer. Epilepsie. Patient ist eine lang aufgeschossene hagere Person von blassem anämischen Aussehen. Der Ernährungszustand ist sehr schlecht. Die Haut ist welk und faltig, das Fettpolster fast völlig geschwunden. Ganz appetitlos. Fast täglich E.-Anfälle. Ernährung sehr

schwierig, da Patient Widerwillen und Ekel gegen jede Nahrung äußert. Schließlich wird „Kufeke“ genommen, etwa 50 g täglich mit wenig Milch. Schon nach wenigen Tagen wünscht der Kranke selbst mehr. Steigerung der „Kufeke“-Mengen auf 150 g pro Tag. Auffallende Besserung des Appetits. Lebhafter Hunger stellt sich ein. Nach viermonatiger Behandlung ist unter stetem Beibehalten letztgenannten „Kufeke“-Zusatzes zu der allmählich vielseitiger gestalteten Nahrung ein Ansteigen des Körpergewichtes um 16,3 kg zu verzeichnen. Gebessert entlassen.

7. N. F., 51 Jahre alt, Kaufmann. Tabo-Paralyse. Zum Skelett abgemagerter Mann. Ausgedehnter Dekubitus in der Kreuzbeingegend und an beiden Fersen. Nahrungsaufnahme fast gleich Null. Bei üblicher Behandlung Milch mit „Kufeke“-Zusatz und Wein. Schnelle Hebung des Appetits und der Körperkräfte. Innerhalb eines Monats bei gleichbleibender Nahrung Steigerung des Körpergewichts um 9 kg. Nach Aussetzen von „Kufeke“ läßt der Appetit bald nach, so daß das Präparat bald wieder gegeben wird. Danach sofort wieder Steigerung des Hungergefühls und subjektiven Wohlbefindens. Noch in Behandlung. „Kufeke“ wird mit gewünschtem Erfolge weiter gegeben.

8. J. Cl., 41 Jahre alt, Postinspektor. Korsakowsche Psychose. Bei sehr geringer Nahrungsaufnahme und fast völlig fehlendem Appetite erhebliche Reduzierung des Körpergewichts. „Kufeke“ dreimal täglich 50 g als Zusatz zur Nahrung wird sehr gern genommen. Appetit und Gewicht hebt sich zusehends. Nach dreimonatiger Behandlung wird Patient mit einem Mehrgewicht von 9,2 kg gebessert entlassen.

9. L. H., 36 Jahre alt, Apotheker. Tumor cerebri (Cysticercosis?). Völlige Anorexie. Häufiges Erbrechen. Profuse Durchfälle. Elendes verfallenes Aussehen. Jegliche Nahrung wird erbrochen, einzig dünne „Kufeke“-Suppen, zunächst in kleinen Quantitäten, behalten. In kurzer Zeit seltener werdendes Erbrechen. Sistierung der Durchfälle. Hungergefühl stellt sich ein. Der Kranke äußert selbst Verlangen nach größeren „Kufeke“-Mengen. Das Körpergewicht steigt langsam aber stetig. Zurzeit noch in Behandlung.

10. K. M., 27 Jahre alt, Ingenieur. Kombinierte Systemerkrankung (Hinterseitenstränge). Nach „Kufeke“-Darreichung in Milch und Suppen hebt sich der bis dahin völlig daniederliegende Appetit ganz gewaltig. Das subjektive Allgemeinbefinden bessert sich zusehends. Körpergewichtszunahme in acht Wochen um 7 kg. Der Ernährungszustand ist bei fortgesetzter „Kufeke“-Darreichung in steigender Tendenz begriffen.

Fasse ich meine Erfahrungen mit Kufeke, welches ich außer bei den angeführten Fällen noch bei einer großen Anzahl von Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Hirnrinde angewandt habe, kurz zusammen, so muß ich gestehen, daß die Erfolge durchaus befriedigend, zum Teil sogar höchst erfreulich waren. Ganz versagt hat das Präparat kaum in einem Falle, wenn natürlich auch bei den als unheilbar bekannten Krankheitsformen nur von einer vorübergehenden, allerdings meist länger anhaltenden Besserung die Rede sein konnte. Irgendwelche üblen Nebenwirkungen, Reizerscheinungen auf den Verdauungstraktus habe ich nie beobachtet. Hoher Nährwert, leichte Verdaulichkeit und Ausnutzbarkeit gestalten Kufeke zu einem höchst schätzbaren und empfehlenswerten Hilfsmittel für den Nerven- und Irrenarzt bei Behandlung der verschiedenartigen Schwächezustände.

Mitteilungen.

— **Bestrafung eines Pflegers wegen Befreiung eines Geisteskranken in Berlin.** Ein Pfleger der Irrenanstalt Herzberge hat einem vom Polizeipräsidium im sicherheitspolizeilichen Interesse der Anstalt überwiesenen Geisteskranken Ausbruchswerkzeuge und bares Geld ausgehändigt, um ihm das Entweichen aus der Anstalt zu ermöglichen. Der Pfleger ist zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt worden.

Anstaltstechnisches.

stalten, Krankenhäusern, Klöstern etc. nicht fehlen. Glasgefäße in diesen Dimensionen kommen kaum in Betracht, weil durch zu große Bruchgefahr zu kostspielig und nicht rentabel.

Die Firma: Wilhelm Krumeich in Ransbach, Westerwald, versendet auf Verlangen eine instruktive Gratisbroschüre: „Wie erreicht man naturfrische Konserven."

Berichtigung.

In Nr. 20 mußte am Schluß des Artikels des Herrn Dr. Böttcher, S. 194 bemerkt werden. Schluß folgt. Es wird gebeten, diese Notiz einzutragen, damit spätere Leser den Schluß finden.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich, betr. Dormiol, bei, worauf wir unsere Leser besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 22. 26. August 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt:
Artikel: Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur im Dauerbad. Von Dr. Oskar Rein, Landsberg a. W. (S. 209.) — Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller, Hildesheim. (S. 211). — Mitteilungen (S. 214): Möbiusstiftung. Abgewiesene Klage wegen zwangsweiser Internierung in einer Irrenanstalt. Referate (S. 215.) — Personalnachrichten. (S. 217).

Aus der Landes-Irrenanstalt Landsberg a. W.

Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur im Dauerbad.

Von Dr. *Oskar Rein*.

Während bisher in den Anstalten zur Erhaltung der gewünschten Temperatur in den Dauerbädern wohl allgemein das Nachfüllen warmen Wassers eventuell aus Mischbatterien üblich war, ist es dem Maschinenmeister unserer Anstalt Herrn Prillwitz gelungen, eine Vorrichtung an den Wannen anzubringen, durch die die Wannenwand erwärmt wird, und somit das Wasser, nachdem es einmal in der gewünschten Temperatur in die Wanne eingelassen, dauernd auf dieser Temperatur erhalten wird.

Die Vorrichtung besteht in einem 10 m langen einzölligen eisernen Dampfheizrohr, das in dreifacher Spiralwindung um die Außenwand der Eisenwanne gelegt ist, es steht in Verbindung mit der Niederdruckdampfheizung, die zur Erwärmung der Warmwasserbäder ständig in Betrieb ist.

Die Anordnung der Heizschlange ergibt sich aus den Abbildungen ohne weiteres:

Die Wanne ist umgeben von einem Mantel aus Eisenblech (eventuell innen mit Asbestverkleidung), der unten am Boden und oben an der Wanne anliegt. Die Heizschlange läuft in dem Raum, der zwischen der schrägen Wannenwand und dem Mantel entsteht, sie steht frei, liegt also weder der Wanne noch dem Mantel an. Dadurch wird erreicht, daß die Luft zwischen Wanne und Mantel erhitzt, aber eine lokale Überwärmung der Wannenwand oder des Mantels vermieden wird, so daß Verbrennungen bei Berührung der Wannenwand oder des Mantels ausgeschlossen sind. Da der Mantel oben dicht der Wannenwand anliegt, wird ein Ausströmen der warmen Luft in das Zimmer und damit eine Überheizung desselben verhindert. Die Zuführung des Dampfes erfolgt unter dem Boden, bei A (Abb. 3) tritt das Dampfrohr aus dem Boden und leitet den Dampf durch das Verschlußventil C in die oberste Spiralwindung der Heizschlange, während bei B der Abfluß des überschüssigen Dampfes und des Kondenswassers erfolgt, wieder nach einer unter dem Boden liegenden Ableitung.

Auch Zu- und Ableitung wird von dem Mantel umgeben (s. Fig. 1), es ist hier eine verschließbare Tür am Mantel angebracht, um das Ventil bedienen zu können.

Die Bohrung des Verschlußventils ist von vornherein so, daß eine allzu große Dampfzufuhr in der Heizschlange nicht möglich ist.

Vorstehend geschilderte Wärmevorrichtung ist an einzelnen Wannen in unserer Anstalt seit Monaten in Betrieb und hat sich durchaus bewährt. Das Wasser wird früh in der gewünschten Temperatur in die Wanne eingelassen (nachts werden in hiesiger Anstalt keine Dauerbäder verabreicht) und es bleibt den ganzen Tag auf der gleichen Temperatur stehen mit Schwankungen von höchstens 0,5 bis 1°; macht sich ein Wasserwechsel der Wanne wegen Verunreinigung nötig, so wird das Wasser wieder in der gewünschten Temperatur eingelassen.

Nachdem das Verschlußventil der Dampfzuleitung bei der ersten Inbetriebsetzung der Vorrichtung eingestellt worden ist, war eine Regulierung desselben bisher nicht erforderlich.

Beim Befühlen der inneren Wannenwand ist keine heiße Stelle zu fühlen, ebenso ist der Mantel nirgends

derartig erhitzt, daß man nicht, ohne sich zu verbrennen, längere Zeit die Hand daran legen könnte.

Bei den alten noch fest auf dem Boden stehenden Wannen unserer Anstalt mußte auch der Mantel der Wärmevorrichtung auf dem Boden aufsitzen, bei Wannen mit Füßen wäre eine entsprechende Modifikation mit Abschluß nach unten notwendig, um den Boden unter den Wannen reinigen zu können.

3. Da ein Nachfüllen von Wasser nicht nötig ist, so wird Wasser gespart; diese Ersparnis ist an sich wohl gering, kann aber doch für Anstalten, die nicht sehr reichliche Wasserversorgung haben, immerhin von Bedeutung sein.

Ich möchte noch bemerken, daß Herr Prov.-Ingenieur Tilly in Nr. 26 des „Gesundheits-Ingenieurs" eine der vorstehend beschriebenen Vorrichtung ganz

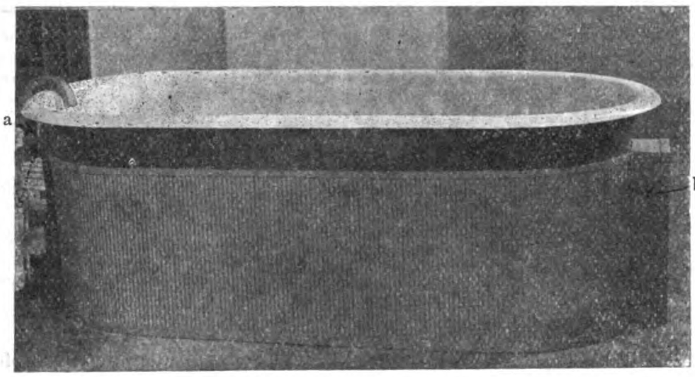


Fig. 1. Wanne mit Wärmevorrichtung.
a Wasserzuleitung. b Mantelkasten über der Dampfzuleitung.

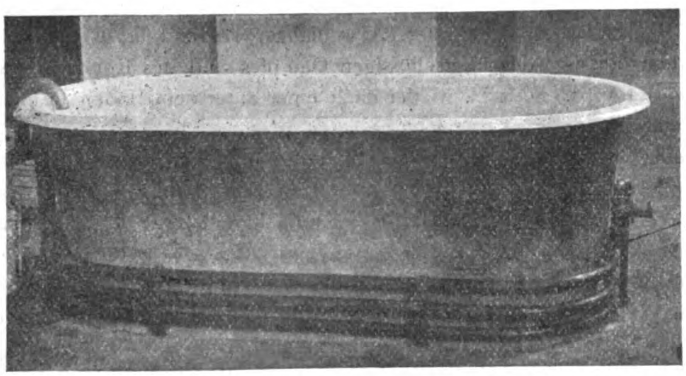
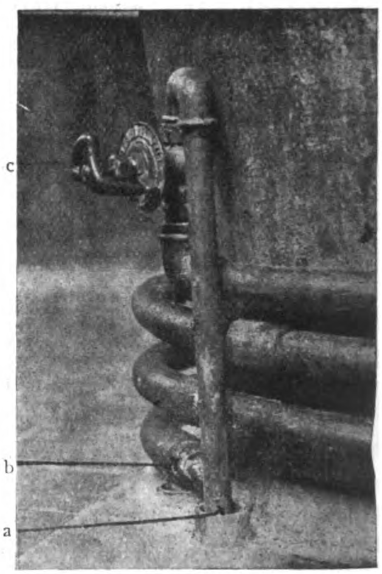


Fig. 2. Wanne mit Heizschlange nach Abnahme des Schutzmantels.
a Wasserzuleitung. b Dampfzuleitung.



Fg. 3. Dampfzu- und ableitung.
a Zuleitung
b Ableitung
c Verschlußventil.

Die Vorteile der Vorrichtung liegen ohne weiteres zutage:

1. Eine Verbrennung des Kranken beim Nachfüllen von heißem Wasser, was wohl bei allen Mischvorrichtungen durch Unachtsamkeit des Personals oder Nichtfunktionieren der Mischvorrichtung noch möglich ist, ist absolut ausgeschlossen.

2. Die Vorrichtung läßt sich an jeder Metallwanne ohne viele Schwierigkeiten und Kosten anbringen, Vorbedingung ist nur das Vorhandensein einer Niederdruckdampfheizung. Die Vorrichtung würde sich mit Modifikation aber auch bei Warmwasser- oder Hochdruckdampfheizung anbringen lassen.

ähnliche veröffentlicht hat. Die Erfindung unseres Maschinenmeisters Herrn Prillwitz ist ganz unabhängig von Herrn Tilly; wie schon erwähnt, ist die Vorrichtung bereits seit Monaten hier in Betrieb und die Veröffentlichung wurde nur zurückgestellt, um erst eine längere Bewährungsfrist verlaufen zu lassen.

Herr Prillwitz hat die Vorrichtung vor längerer Zeit bereits vollkommen fertig Herrn Tilly bei dessen Anwesenheit in hiesiger Anstalt vorgeführt, ist also in keiner Weise von diesem beeinflußt worden.

Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

Wenn ich an der Hand der schon öfters*) zitierten Personalakten des Zucht- und Tollhauses zu Celle eine kurze Skizze entwerfen möchte, wie die Psychiatrie in jenen Tagen praktisch gehandhabt wurde, so liegt es mir ferne, dabei der wissenschaftlichen Psychiatrie gerecht werden zu können. Die wurde, konnte sie sich auch nur einer recht embryonalen Wissenschaftlichkeit erfreuen, schon auf den Lehrstühlen der Medizin in düsterer Theoretik gelehrt. Viele große und herrliche Bücher enthielten staunenswerte wissenschaftliche Geistesblüten, in denen sich allerdings meist eine dumpfe Philosophie breit machte. Die Blume der Nosologie war schon im Gärtlein der Psychiatrie zu treibhausartiger Kultur gediehen. Unzählige, wohlklingende, griechische und lateinische Krankheitsnamen sorgten dafür, daß man dem hilfeheischenden Laien mit einem Worte den ziemlichen Respekt vor der Bedeutung der Krankheit und der stupenden Gelehrsamkeit des Arztes beibringen konnte. Schon hatte man in richtiger Erkenntnis der Sachlage die Einrichtung geschaffen, daß jede Krankheit in möglichst viele Unterabteilungen zerlegt wurde, so daß es möglich wurde, im Notfalle dieselbe Krankheit in drei verschiedenen Krankheitsgebieten unterzubringen und die Schleußen labender differentialdiagnostischer Betrachtungen aufzuziehen.

Aber der praktische Arzt — und die Aufnahmeakten in Celle liefern im allgemeinen ein viel ausgiebigeres Bild davon, wie außerhalb der Anstalt wie in ihr die praktische Psychiatrie geübt wurde — hat sich noch nie von der Theorie zu Boden schmettern lassen. Noch jetzt müssen wir Anstaltsärzte, die bis zum Halse mit köstlicher Gelehrsamkeit angefüllt sind, mit Wehmut ansehen, wie es unsere praktischen Kollegen, die im Getriebe der Menschheit wandeln, treiben. Ungerührt durch die herrliche psychiatrische Weisheit, die ihnen auf der Universität eingeflößt wurde, unterziehen sie das Ergebnis der Lehren, die ihnen von unsern psychiatrischen Heroen auf der Universität vermacht wurden, einem hurtigen Destillationsprozesse. Was dann übrig bleibt, ist ja meist sehr übersichtlich und faßlich. Aber wie wir jetzt in den psychiatrischen Begutachtungen mit der Träne des weisen Psychiaters im Auge konstatieren müssen, auf wie falschen Pfaden diese Bedauernswerten wandeln, so lehrt das Studium jener Akten, daß auch damals die praktische Handhabung der Psychiatrie mit der theoretischen Lehre sich nicht deckte. Und manchmal will es uns sogar bedünken, daß die praktischen Ärzte jener Zeit mit ihrer ausgezeichneten allgemeinen Ausbildung, mit ihrem diagnostischen Scharfblick es mindestens so weit gebracht haben, wie manche unserer spezialistisch durchgebildeten und geprüften praktischen Ärzte.

Die größte Übereinstimmung zwischen den damaligen und jetzigen Anschauungen besteht noch in der Ätiologie.

Recht häufig wurde die Heredität in die erste Linie gestellt: „es ist eine causa heredietaria im Spiel", oder „es liegt ein Familienfehler vor". Dann aber suchte man in jedem Falle nach körperlichen Krankheiten: „es ist ein Fehler des Gehirnes, worauf die Kopfschmerzen und die Konvulsionen blicken lassen", „es ist ein vernachlässigtes und unvollkommen entschiedenes hitziges Fieber" — „obgleich sich in seinen Praecordiis keine Unreinlichkeiten finden, möchten doch die allgemeinen Anlagen zum epidemischen Gallenfaulfieber auf seinen Kopf zu sehr gewirket haben."

— „Der Sitz ihres Wahnsinns ist in Gefäßen der Leber und Milz und den angrenzenden Teilen dieser Eingeweide zu suchen," — „Vielleicht ist es ein sich auf das Gehirn geworfener Rheumatismus." „Es muß die englische Krankheit sein, die ihn verwirret," — „oder möchte es ein organischer Fehler des Gehirnes sein." —

Oft kommt die alte Humoralpathologie zum Worte: „da machet sich die Gelb- und Schwarzsucht Lufft," — „Es ist keine psychische oder moralische Zerrüttung des Seelenorgans, sondern eine auf die Präkordien gefallene gichtische oder rheumatische Beschwerde."

Eine große Rolle spielen dabei die gestörten Ausscheidungen aus dem Körper: Was ein unvorsichtig geheiltes Fußgeschwür und ein ausgetrockneter Schweißfuß im Gehirn für Unheil anrichten können, ist jetzt ja noch jedem Laien bekannt. Nicht minder legte man auf wacker blutende Hämorrhoiden großen Wert: „Da die Hämorrhoiden nicht fließen, vermehrt sich seine Wut", — „die Ursache seiner Leiden ist die völlig zurückgetretene und gestöhrte güldene Ader." Nicht minder gefährlich war der behinderte Speichelfluß: „die Wuht zeiget sich am schlimmsten, wenn

*) Mönkemöller, Das Zucht- und Tollhaus zu Celle. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1911, Bd. 68, S. 155.

der Speichelfluß aufgehöret hat." Gefürchtet war auch ein „böser Schorf auf dem Kopfe, der auf die inneren Teile des Kopfes wirkte".

Andererseits mußte man mit dem Gebrauche von Medikamenten vorsichtig sein: „er hatte gegen Schmerzen im Beine Öhl und Räuchern gebraucht, als der Schmerz wegging, fühlte er, wie sich dafür die Beklemmung einstellte, eine flüchtige scharfe Materie hatte sich von den Füßen aufs Unterleib geworfen."

Man würdigte gebührend den Einfluß des Traumas: „durch einen Schlag auf seine Hirnschale war sein hämorrhoidentischer Körper ganz gestöret."

Auch der Alkohol kam zu seinem Rechte:

„Der Herr Pastohre war durch die Ausschweifungen seiner akademischen Jahre im Geiste sehr geschwächet und durch den Gebrauch starker Getränke, mit denen er sich die Grillen vertreiben suchte." „Die hitzigen Getränke sind seinem schwülstigen Körper ganz schädlich", „ihm hat der häufige Gebrauch warmer Getränke, insbesondere des Kaffees, den Verstand verwirret."

Man machte die Psychosen noch sehr von der Witterung abhängig: „einstmahlen ist ihm der Kopf verfrohren". Schlimmer war noch die Hitze: „viermal hat er die Linie passiert", „die Hitze in der Schmiede hat sein Gehirn vertrocknet." Es galt daher als alte Regel: „er muß vor den Hundstagen nach Celle".

Der Lebensweise, den äußeren Umständen wurde ein gerütteltes Maß von Achtung zuteil: Armut, Schulden, „vielleicht auch einige dazu gekommene harte Begegnung des Mannes, die sitzende Lebensweise, Unruhe der Seele von wegen seiner vorher geführten Lebensweise, — Gram über die schlechte Aufführung seiner erschlagenen Mutter und die Enthaubtung seines Stiefvaters nebst einer hierdurch entstandenen zu starken Absonderung und Anhäufung scharf gewordener auf das Gehirn konsensualisch würkenden Galle — —", das sind die immer wiederkehrenden Momente, bei denen es hieß: „es lehret leyder die tägliche Erfahrung nur zu oft, daß solche den Wahnsinn gewöhnlich zur würklichen Folge haben."

Eine andere Rolle wie heutzutage spielten damals die moralischen Ursachen. Die Symptome der schon bestehenden Krankheit wurden als ihre Ursache oder doch wenigstens als ihre Veranlassung aufgefaßt. An erster Stelle stand der Hochmut. „Ein gewisser mit einem Handwerksmann gar nicht überkommender Hochmut, den er jederzeit zum Nachteil seiner profession gezeiget, stürzete ihn in die maniam." — „Die Krankheit stammt von einem übermäßigen Stolz auf seine Leistungen und den Beifall, den er in England findet, daß er sich über alles erhaben und weder einer Autorität, noch den Regeln eines anständigen Betragens unterworfen glaubt." „Übel angebrachter Hochmut über seine guten Mittel bey einem moralisch böß geworden Caracter machen ihn zu weilen impertinent und müssen ihn noch gantz unklug machen."

Auch die Eifersucht, die übertriebene Geldbegierde, „die Schwermuht, darüber, daß sie immer gefaulenzt habe", — der Verdruß, der Schrecken, das allzu heitere Temperament, der Neid, die Bosheit, die Unlust zur Arbeit, alles das waren Ursachen, „die in ihren bisherigen moralischen Verhältnissen zu liegen schienen."

Einen gewaltigen Einfluß räumte man den sexuellen Verhältnissen in der Ätiologie ein. Am mildesten war die sentimentale Form:

„Ein Theologe hatte ihr die Ehe versprochen und seinen Schattenriß geschenkt, worauf sie oft mit vielem Affect nach dem Kasten gesprungen, in dem das Bild gewesen sey und habe unzählige wunderliche Geberden dabey gemacht."

Da gab es aber noch die „ohnbefriedigte Leidenschaft, die unordentliche Liebe", die „mislungene Liebe und vereitelte Hoffnung zur Heyrath". Ein „sehr verliebtes Temperament" mußte, wenn noch ein höchst unglücklicher Liebeshandel dazu kam, zu einem „erschröcklichen furor uterinus" führen. Auch die Selbstbefleckung schwang schon ihr düsteres ätiologisches Szepter. „Daran war seine unersättliche Neigung zur Wollust Schuld, welches die beständigen Reden und Handlungen vermuthen lassen." Seine verkehrten Handlungen gründeten sich auf einem zu starken Geschlechtstrieb, „wodurch er das Nervensystem reizzete", „so daß die Seelenkräfte unordentlich auf einander würketen".

Den Äußerungen der Liebe gewährte man ja einen sehr großen Spielraum, ohne sofort an Krafft-Ebing zu denken. Als ein an Dementia praecox leidender Kranker bei der Hochzeit sich recht auffällig benahm, achtete man nicht darauf, „da man es für eine Liebesattaque hielt".

Natürlich hatte man gegen diese Ätiologie sofort die Religion zur Hand. Aber auch diese fehlte unter den ursächlichen Faktoren nicht, „verkehrte Anwendung biblischer Aussprüche" und „die Lesung pietistischer Bücher" mußten ja den Verstand verwirren.

Wenn man über gar keine Ätiologie verfügte, sprach man geheimnisvoll von einer „besonderen Idiosynkrasie" oder tröstete sich resigniert damit, „daß

sonst irgendeine andere Ursache vorgelegen haben müsse."

Über die Nosologie, die Diagnostik, die Symptomatologie mich zu verbreiten, würde an dieser Stelle zu weit führen. In praktischer Beziehung spielte als Diagnose der „Wahnsinn" die erste Violine, der für alles herhalten mußte, was sich an Geisteskrankheiten den wackeren Medizis entgegenstellte, wenn man nicht aus genau demselben Symptomenkomplexe eine Melancholie machte oder auf eine „gewisse Blödsinnigkeit" oder auf einen „notorischen Unsinn" abkam. Nicht alle waren so kluge und vorsichtige Ärzte wie der Hofmedikus Koch aus Münder. Der stellte bei der Cläre Soetenborn die Diagnose auf „Verrücktheit — Insania — Wahnsinn — Amentia — Wuth — Raserey und Tollheit Mania — Furor — Rabies".

Die Symptomenkomplexe, die zur Überführung nach Celle als geeignet erschienen, sind im wesentlichen immer dieselben. Die einzelnen Symptome werden stets in äußerst kräftiger und eindringlicher Form geschildert. Im Vordergrunde stand natürlich die Gemeingefährlichkeit: Die Kranken jener Zeit scheinen sich nicht gerade durch ein stilles und sittsames Betragen ausgezeichnet zu haben. Nicht nur daß sie sich „äußerst ungestühm betrugen", daß sie „mit Unglück der Personen drohten", „daß ihnen jeder tückische Einfall Freude machte", „daß sie die Leute erschröcklich ausschalten", „daß sie starke Kerle waren, die einen tollen Sinn hatten", nein, sie „zeigten in allen Stückern die größte Widerspenstigkeit". Nur zu oft hatten sie „ein gar heftiges Temperament" und, was noch viel schlimmer war, „ein böses Hertze, welches von einer schlechten Denkungsart und einer schiefen Beurteilungskraft begleitet war". Was Wunder, wenn sie „die ganze Gegend in Furcht und Schrecken setzten", „wenn der ganz unsinnige Hans Graus mit einem in der Hand habenden Stock auf seine 60jährige Ehefrau losschlug", wenn der studiosus Schmidt „mit brennender Tabakspfeife an gefährlichen Orten herumlief und in die schwerste Raserey verfiel, wenn der Schuster Rodendorff seine Mutter mörderisch anfiel".

Ebenso laut wurde der Ruf nach Celle, wenn die „Melancholie" sich gegen den Kranken selbst wandte, wenn er „mit Feuer und Instrumenten sich bedrohte, wenn er vom Schwermuthe und der inneren Beängstigung so erfaßt war, daß man auf die zehnte Frage ein bloßes Ja oder Nein aus ihm herausbekommen konnte", wenn die Kranke „völlig leutescheu war und lieber verhungerte, als unter die Leute ging, so daß sie unter den tiefsten Gemühtsbewegungen im Hause ohne alle Kleider herumging":

„Sie ist von Verwirrung und Beraubung ihrer Vernunft befallen, sie bezeuget sich in allem sehr widerspenstig und beweiset durch ihre Handlungen einen gäntzlichen Unsinn, sie reibt sich immer vor dem Kopfe und windet die Hände durcheinander und läßt etwas Tiefsinnigkeit an sich blicken."

Nicht minder zog sich oft der Landarzt die Grenzen seiner Macht, wenn eine melancholia circa quadam objecta vorhanden war, mochten die Kranken auch ansonsten ganz vernünftig sein und eine ausgezeichnete Neigung zum Essen verraten. Die Wahnideen jener Zeit waren so mannigfaltig wie die modernen. Die Kranken waren schon damals mit dem Wahnsinn behaftet, „sie seien der König von Engelland oder sie hätten ihre 70jährige Stiefmutter geschwängert".

Anschaulich werden die Demenzzustände geschildert, von der Idiotie ab: „sie hatte nie Verstand und nichts als eine menschliche Gestalt", zur Imbezillität: „sie hat von alltäglichen Sachen keinen Begriff und machet dazu nur ein einfältiges Gesicht, obgleich sie gehörig zum Christentume angehalten worden ist", bis zur sekundären Demenz: „es zeigte sich bei ihm immer mehr anklebende Verstandesschwäche, nie ließ er mehr einige Spuren von Verstand blicken und wurde ein Spott vor alberne Jungen und ging immer so dummerich vor sich hin".

Eine größere Rolle wie heutzutage spielten außerhalb der Anstaltsmauern die „harmlosen" Kranken, denen man die Anstaltsbehandlung ersparte:

„Sie gab zwar ein unzusammenhängendes Geschwäzz von sich und bezeigete wunderliche Gestikulationen, doch war sie auf eine Niemand beleidigende Weise närrisch."

Man fand sich damit ab, daß der Kranke irrige Reden führte und nichts Ungebührliches vornahm, als daß er stets laut redete. Man trug es mit Würde, „wenn ihn manchmal eine sonderbare Schreibseligkeit anwandelte", wofern er nur sonst nichts „Tückisches oder Boßhaftes an sich merken ließ und trotz der Tristigkeit seines Körpers diesem nie das geringste Leid zufügte". „Dann ließ man ihn ruhig in Antworten und Betragen gantz verwirrt sein und einen Abscheu vor aller Arbeit haben."

Man ließ die Catharine Klaue, deren Tochter auch schon schauderhafte Anfälle von Unsinn gehabt hatte, ruhig zu Hause wirtschaften, obgleich sie „immer eine Rabbersche war und mit etwas schreyichter Stimme sprach und viele Worte und Spuk machte. Noch weniger nahm man daran Anstoß, daß sie wunderlich schreyete und in ihren Reden etwas

schmuzig war, ihren Stuhlgang unbekümmert unter sich ließ und überall wenig Schamhaftigkeit zeigte." Erst als der Wahnsinn auf das höchste stieg und sie sich auf flüchtigen Fuß setzte, wurde es der Umgebung zu viel und sie kam nach Celle.

Auch dann wurden die Ärzte energisch, wenn der „am Kopfe verrückte Unterofficier Fournier unter ganz vernunftloser Bezeigung in das Haus des Arztes gerannt kam, seinen Sohn für einen Hurenbullen ausschimpfte und seine Mutter ein „altes verfluchtes Blitzweib" nannte".

Der Alkoholismus gab auch nur in den allerhöchsten Graden den Grund zur Anstaltsaufnahme ab, „wenn die Kranken sich ganz dem Müßiggange und dem Branntweinsgesöffe ergeben hatten und so aller Sinne beraubt waren, daß sie leicht faselich wurden".

Auch die Epilepsie führte nur in den schlimmsten Fällen nach Celle. Man fand nichts darin, daß die Kranken ab und zu Schauern bekamen oder „das Unglück kriegten". Auch den Johannes Sievers ließ man lange draußen, „obgleich die Landsoldaten ihm auf den Kopf geschlagen und den Character verdorben hatten, so daß er öfters umfiel, als ob er das Übel bekommen hätte." Nur wenn die Epileptiker „einen so tollen Kopf zeigten, daß sie fremde Kinder töteten, wenn sie durch harte Behandlung in einen betäubten oder wütenden Zustand versetzt wurden, daß sie den stärksten Beweis für würklich tolle Schauer gaben und wegen der ihr angelegten Ketten wütend aufgebracht waren, verdammte man sie zum Tollhause."

Die Kunst, eine unanfechtbare Prognose zu stellen, scheint auch in jenen Zeiten recht schwierig gewesen zu sein.

Bei dem Materiale, das nach Celle überwiesen wurde, läßt sich im allgemeinen erwarten, daß die Aussichten auf eine völlige Heilung nicht allzu glänzend waren. Nur selten äußern sich die Landärzte dahin: „es ist Hoffnung, daß er bey Arbeyt und dem Gebrauche einiger mittel von seinem Übel befreyet werden könne". Die Krankheit hatte keinen moralischen, sondern einen psychischen Grund, „war daher durch Artzneyen zu heilen".

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Möbius-Stiftung.** Seitens des Verlages der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift (Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.) wurde der Möbius-Stiftung die Summe von 1000 M. als Eigentum überwiesen und dem diese Stiftung verwaltenden Stiftungsamt des Rats der Stadt Leipzig übermittelt. Es ist dies die Summe, welche sich in dem abgelaufenen Geschäftsjahr als Reinertrag aus dem Absatz des im vorigen Oktober erschienenen Bandes des Illustrationswerks: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild ergeben hat. Das Vermögen der Möbius-Stiftung (cf. diese Zeitschrift X, Nr. 16) beträgt gegenwärtig rund 9000 M. Die im Jahrg. X, Nr. 16 erwähnte Ehrenplakette ist inzwischen von Herrn Professor Max Lange in Leipzig fertiggestellt. Sie war bereits auf der Weltausstellung in Brüssel (bei den Plaketten und Medaillen der Kunstabteilung) ausgestellt. Die „Deutsche Goldschmiedezeitung" schreibt darüber in Nr. 41 vom 8. Oktober 1910: „Das prächtige Werk ist wuchtig und klar durchgearbeitet; die mächtigen Züge des bekannten Gelehrten sind aufs wirkungsvollste gegeben."

(Die Möbius-Plakette dient nur zur Preisverteilung bei der Möbius-Stiftung und ist für andere Personen als die Preisträger nicht erhältlich.)

— **Abgewiesene Klage wegen zwangsweiser Internierung in einer Irrenanstalt.** Am 24. Mai 1910 wurde der in N. in Bayern praktizierende Arzt Dr. M. plötzlich durch Gendarmen und gefesselt in die Irrenanstalt Kutzenberg verbracht. Dieser Vorfall, der seinerzeit allgemeines Aufsehen erregte, beschäftigte nun auch den Kgl. Verwaltungsgerichtshof zu München. Bei diesem hatte Dr. M. gegen den Vorstand des Bezirksamts Bamberg, Regierungsrat Boveri, und den Bamberger Bezirksarzt Dr. Löffler Antrag auf Vorentscheidung gestellt, dahingehend, daß Bezirksamtmann Boveri durch die angeordnete Verfügung der Einschaffung in eine Irrenanstalt sich einer Überschreitung seiner Amtsbefugnisse, Dr. Löffler aber sich einer Unterlassung der ihm obliegenden Amtspflicht dadurch schuldig gemacht habe, daß er vor dem Eingreifen der Gendarmerie keine persönliche Untersuchung des Dr. M. auf dessen Geisteszustand vorgenommen habe. Aus dem Gang der Verhandlung, die durch umfangreiches Aktenmaterial, durch zahlreiche schriftliche Zeugenaussagen und ärztliche Gutachten belegt war, ergab sich folgender Tatbestand: Der praktische Arzt Dr. G. aus B. fuhr am 20. Mai 1910 mit Frau und 17jährigem Sohn nach M. zu einigen Patienten. Dr. M., der auf Dr. G. ohnehin nicht gut zu sprechen war, weil dieser ihm angeblich die Patienten abnehme, wartete im Wirtshaus auf Dr. G., stellte ihn im Hof zur Rede, machte ihm Vorwürfe und verabreichte ihm eine kräftige Ohrfeige. M. drehte sich blitzschnell um und wollte mit dem Rade davon fahren, woran er aber von andern gehindert wurde, worauf ihm Dr. G. einige Schläge mit dem Stock versetzte. Dieser schon lange befürchtete Zusammenstoß gab nun dem Dr. G. Veranlassung, die Einweisung Dr. M. in eine Anstalt wegen Gemeingefährlichkeit zu be-

antragen und darüber beim Bezirksamt B. vorstellig zu werden. Dr. G. hatte auch erfahren, daß Dr. M. gedroht habe, den Sohn G.s zu erschießen. Das Bezirksamt forderte auf den Antrag hin ein Gutachten des Amtsarztes ein. Dieser sprach sich dahin aus, daß Dr. M. nach seiner Überzeugung geisteskrank sei; er sei auch bei Gericht notorisch als geisteskrank bekannt und schon einmal in einer Anstalt gewesen; er habe Ärzte, Beamte und Behörden angegriffen und beschimpft; da er aber nicht gemeingefährlich gewesen sei, habe man auf seine Verhältnisse Rücksicht genommen und sei nicht gegen ihn eingeschritten. Auf den Zusammenstoß mit Dr. G. hin aber müsse er als gemeingefährlich bezeichnet werden und seine Einschaffung in eine gesch'ossene Anstalt sei geboten, um so mehr, als seine fortwährenden Drohungen noch andere Ausschreitungen befürchten ließen. Daraufhin beauftragte das Bezirksamt die Gendarmerie, sich des Dr. M. zu versichern. Die Gendarmerie ersuchte Dr. M., er möge auf die Station kommen, was dieser auch in Begleitung seiner Frau tat. Auf der Station wurde ihm die Sachlage auseinandergesetzt und ihm beruhigend mitgeteilt, er möge sich fügen, um kein Aufsehen zu machen. Da aber Dr. M. erklärte, sich keineswegs fügen zu wollen, wurden ihm von der Gendarmerie Handschellen angelegt. M. wollte während einer Besprechung auch entfliehen, konnte daran aber verhindert werden. Bezirksarzt Dr. Löffler hatte dabei nochmal eine Untersuchung vorgenommen. Sodann erfolgte die Einschaffung in die Irrenanstalt Kutzenberg. Nach einer bezirksamtlichen Anordnung wurde M. dann in die Heil- und Pflegeanstalt Deggendorf verbracht, um aus dieser wieder, weil Dr. M. in ihr sich nicht wohl fühlte, nach Neufriedenheim bei München verbracht zu werden. Auf eine Beschwerde Dr. M.s wurde er am 9. Juli 1910 hier entlassen, da sich nach Ansicht des Anstaltsarztes sein Zustand so weit gebessert hatte, daß die einstweilige Entlassung verfügt werden konnte. In der Verhandlung vor dem Verwaltungsgerichtshof wurden zahlreiche Gutachten und Atteste zur Kenntnis gegeben. Denselben war zu entnehmen, daß Dr. M. schon 1898 in einer Anstalt war, da er nicht mehr in der Lage gewesen sei, seine Angelegenheiten selbständig zu erledigen. An seiner Geistesstörung und Gemeingefährlichkeit sei nicht zu zweifeln gewesen. Auch Hofrat Dr. Rehm, Bezirksarzt von München Dr. Gudden, der Dir. Dr. Kolb von Kutzenberg, Medizinalräte von Regensburg und Bayreuth, äußerten sich in diesem Sinne. Der zur Verhandlung persönlich erschienene Dr. M. führte zu seiner Verteidigung aus: ein ganzer Schwarm von Feinden sei gegen ihn aufgestanden, um ihn zu peinigen, zu martern, ihn langsam zu Tode zu quälen und ihn und seine Familie zu ruinieren. Aus all den Gutachten lasse sich nicht erkennen, daß er tatsächlich gemeingefährlich sei; das Ganze sei ein schauerlicher Roman, der gegen ihn ausgeheckt worden sei und mit dem man ihn seit 16 Jahren verfolge. 1894 sei er einmal wegen Beleidigung eines Kollegen zu 400 Mark Geldstrafe verurteilt worden, und wegen seiner leidigen Vermögensverhältnisse habe er sich damals freiwillig in eine Irrenanstalt begeben, um sich für krank erklären zu lassen, nur damit er von seinen Gläubigern Ruhe bekomme. Von da ab datiere die gegen ihn betriebene systematische Hetze. Nur seiner Gesundheit habe er es zu danken, daß er nicht tatsächlich ein Narr geworden sei; man habe auch nur die Gutachten eingefordert und verlesen, die gegen ihn sprechen; nur Ärzte und andere Leute habe man gehört; ihn selbst aber ließ man nie zu Worte kommen. Das Ganze sei eine Komödie und Mache. Wenn er wirklich geisteskrank wäre, könnte er doch nicht medizinisch-wissenschaftliche Werke schreiben, die in Ärztekreisen Aufsehen erregt und durchweg lobende Anerkennung gefunden haben. Er habe ein Werk über Tuberkulose geschrieben; ein anderes über die Lungenspitzenschwindsucht habe zu einer größeren Auseinandersetzung in der Medizinischen Wochenschrift geführt, ein weiteres von ihm geschriebenes Werk über Hungerkuren sei von anderen Autoren zu Spezialabhandlungen benützt und sein Buch über die Entstehung des Menschen sei ernsthaft kritisiert worden. Da könne man nicht von einem Geisteskranken sprechen. Bezirksamtmann Boveri verfolge ihn auf alle mögliche Weise. Er sei jetzt einmal als geisteskrank verrufen und da gebe es keinen Ausweg mehr; er sei einfach geächtet. Der Generalstaatsanwalt führte hierzu aus, daß man die Lage berücksichtigen müsse, in der sich Bezirksamtmann Boveri und Bezirksarzt Löffler befanden. Daß damals Dr. M. wirklich gemeingefährlich und seine Unterbringung in eine Anstalt geboten war, bestätigten alle Gutachten. Ebenso sei festgestellt, daß ganz M. zu der Zeit unter dem Eindruck stand, daß die Sicherheit Dr. G.s gefährdet sei. Die beiden Beamten waren nach alledem berechtigt, Schutzmaßregeln zu treffen. Es könne ihnen weder eine Überschreitung der Amtsbefugnis noch eine Unterlassung einer Amtspflicht zum Vorwurf gemacht werden. Er begutachte daher, in diesem Sinne über den Vorentscheidungsantrag einen Ausspruch zu erlassen. In diesem Sinne war auch die Entscheidung des I. Senates gehalten. (Augsburger Postzeitung.)

Referate.

— In the fifth Annual Report of Bangour Village 1909 berichtet der Superintendent über folgende Krankenbewegung:

	M.	Fr.	Zus.
Verblieben am 1. Januar 1909 .	361	380	741
Erstaufnahmen	85	92	177
Wiederaufnahmen	18	17	35
Summe der Verpflegten	464	489	953
Entlassen wurden als:			
Geheilt	33	31	64
Ungeheilt	30	44	74
Gestorben	39	40	79
Zusammen	102	115	217
Also verblieben am 31. Dez. 1909	362	374	736

Die Anzahl der Todesfälle — 79 — erscheint mit Rücksicht auf den Aufnahmsbezirk Edinburg gering.

Der Gesundheitszustand der Anstalt war auch im abgelaufenen Berichtsjahre ein vorzüglicher. Wurde ja kein Überbelag geduldet, die Infektionskranken sofort separiert und die Tuberkulosen abgesondert.

Auch im verflossenen Berichtsjahre deckte die nach dem Vorbilde Alt-Scherbitz eingerichtete Anstalt bis auf Kaffe, Gewürze etc. den Bedarf an Lebensmitteln aus Eigenem.

Daß die Arbeitstherapie neben allen anderen neueren Heilmethoden unserer Wissenschaft in der kolonialen Anstalt zu Nutz und Frommen der Kranken und des Fiskus verwendet wurden, versteht sich bei dem praktischen Sinne des schottischen Volkes von selbst.

Die klaren und übersichtlichen Berichte der Irreninspektoren Dr. John Faser und Dr. John Macpherson am 16. und 17. Juni und am 25. und 26. November 1909 gewähren einen tiefen Einblick in die vorzügliche ärztliche Leitung und gute administrative Führung der landwirtschaftlich betriebenen Anstalt.

Ein Arzt kommt auf 200 Kranke. Jeder Arzt hat seinen angemessenen Erholungsurlaub, eine komfortabel eingerichtete Wohnung und ausreichende Emolumente.

Die Pflegepersonen sind über jedes Lob erhaben, werden sie doch in gut geleiteten Kursen vorzüglich und gründlich gebildet und erzogen. Der schottische Nachtdienst bewährt sich ausgezeichnet.

Die Ausgaben der aus öffentlichen Mitteln erhaltenen Anstalt betrugen im abgelaufenen Berichtsjahre für die Verpflegung der Kranken 21884 £.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— Report of the Resident physician to the Right Worshipful the President, the Worshipful the Treasurer and the Governors of the Royal Hospital of Bethlem, London, for the year 1909.

Kein Psychiater, welcher London besucht, wird es unterlassen, Bethlam, der ältesten Irrenanstalt der Welt, einen Besuch abzustatten.

Die Anstalt liegt an der Ecke der zwei großen Verkehrsadern Londons, des „Lambeth- und des George Road". Sie wurde, wie jeder im Baedeker lesen kann, „im Jahre 1247 vom Sheriff Fritz Mary gegründet in Bishopgate Street als Priorei des Ordens der heiligen Maria von Bethlehem. Im Jahre 1375 bemächtigte sich die Krone der Priorei und auch der Anstalt, welche seitdem zu den königlichen — Royal — gezählt wurde. Das jetzige Gebäude wurde 1812 mit einem Aufwande von 122000 £ unter Levis Leitung erbaut und hat eine Front von 273 m; die Kuppel wurde von Smirke hinzugefügt."

Die vier Stock hohe Anstalt ist im Korridorsystem erbaut, hat auf der einen Seite die Männer-, auf der anderen die Frauenabteilung.

Die Inneneinrichtung ist geradezu prachtvoll. Auf den Tischen der geräumigen, breiten, mit Parkettboden belegten Gänge sieht man allerhand Nippsachen, Blumen. Sie sind gut belichtet und ventilierbar. Die Korridore führen zu den Tag- und Wachräumen. Offene Kamine erwärmen die Räume. Die Außenseiten der Türen der Isolierzimmer, die in die weiten Gänge münden, sind mit zumeist von Kranken selbst gemalten Bildern geschmückt, ebenso ist der Innenraum von Kranken selbst recht wohnlich eingerichtet.

Ebenso rein und nett sind die Kanzleien, Aufnahms- und Untersuchungsräume, die Laboratorien, die Küche und Werkstätten für die Kranken.

Große weite Höfe und Gärten mit Gartenhäuschen als Schutz gegen Sonne und Regen dienen den Kranken zum Aufenthalte im Freien.

Die Badeeinrichtungen sind vollkommen. Die Anstalt dient klinischen Unterrichtszwecken. Wie in den früheren Jahren, so wurden auch im abgelaufenen Berichtsjahre vom Superintendenten und seinen Assistenten die Studenten von St. Mary's-, Westminster- und Guy's-Hospital in der Psychiatrie unterwiesen und die Medizinstudierenden der Londoner medizinischen Fakultät wohnten den klinischen Demonstrationen auf den Krankenabteilungen bei.

Die Anstalt, welche aus den Erträgnissen ihrer Stiftungen, Häuser in der City von London, und der von den Kranken zu leistenden Verpflegsgebühren erhalten wird, leitet ein Medikal-Superintendent, dem zwei Assistenzärzte beigeordnet sind. Für die Vornahme der Arbeiten im pathologischen, chemikobiologischen, histologischen, neurologischen, makro- und mikro-photographischen Laboratorium ist selbstverständlich ein eigener Arzt bestellt. Zwei Hausärzte unterstützen die Anstaltsärzte in ihrer schweren Arbeit. Ein Zahnarzt — eine Einrichtung, welche in keiner Anstalt fehlen sollte — intervenierte in 74 Fällen. Ein Arzt kommt auf 70 Kranke.

Die Pflegepersonen sind wie in allen englischen Anstalten gut geschult und bezahlt, haben jährlich je nach der Dienstzeit 14 Tage bis 4 Wochen Urlaub.

Dem Berichte des Superintendenten Theo. B. Hyslop folgen die Inspektionsberichte der Commissioners in Lunacy, welche sich sehr lobend über die Haltung und Behandlung der Kranken äußern. Nur 48 waren in Bettruhe. 13 Kranke wurden in 526 Gelegenheiten im ganzen durch 926 Stunden separiert; zwei waren bei 46 Gelegenheiten durch 109 Stunden beschränkt.

Allsonntäglich war Kirchenbesuch; an Sonn- und Feiertagen wohnten die Kranken Theatervorstellungen und Unterhaltungen in der Anstalt bei, zwei Kranke waren auf Urlaub, 6 gingen frei herum, 21 machten Ausflüge zu Fuß und zu Wagen in Begleitung von Pflegepersonen oder ihrer Angehörigen. Das Opendoor- und No-restraint-System waren also nur selten außer Gebrauch.

Die Rekonvaleszenten werden getrennt von den noch Kranken in Witley behandelt. Es waren 54 Männer und 61 Frauen.

Freiwillige Pfleglinge — 13 Männer und 15 Frauen — waren gleichfalls in eigenen Abteilungen untergebracht.

Die Krankenbewegung im Berichtsjahre war folgende:

	Pfleglinge mit Parere			Freiwillige Pfleglinge		
	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.
Verblieben am 31. Dez. 1909 . .	92	118	210	9	14	23
Aufgenommen . . .	63	112	175	36	25	61
Verpflegt wurden . .	155	230	385	45	39	84

	Pfleglinge mit Parere M.	Fr.	Zus.	Freiwillige Pfleglinge M.	Fr.	Zus.
Entlassen wurden:						
Geheilt	30	54	84	14	8	22
Gebessert	7	3	10	4	2	6
Ungebessert*)	41	64	105	18	16	34
Gestorben	6	9	15	1	1	2
Zusammen	84	130	214	37	27	64
Es verblieben am 31. Dez. 1909	71	100	171	8	12	20
Durchschnittszahl der tägl. Verpflegten	78	97	175	10	13	23

Eine Selbstverständlichkeit ist es, daß neben der Bett- und Bäderbehandlung auch die Arbeitstherapie in den respektiven Werkstätten und Nähstuben mit Erfolg angewendet wurde.

In beiden der Anstalt angegliederten King Edward's Schools war der Gesundheitszustand bis auf eine Soorepidemie im Frühjahr ein guter. Einige Diphtheriefälle kamen in Witley vor.

Eine Vierteljahrsschrift „Under the Dome" wurde vom Anstaltsarzt Dr. Stoddart redigiert und viel gelesen. Derselbe Arzt unterwies auch im Vereine mit dem Pathologen der Anstalt Dr. Philips die Buben und Mädchen der Kings Edward's School in der Hygiene in eigenen Kursen.

Zahlreiche gut gearbeitete Tabellen beschließen den interessanten Bericht.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

*) Hier sind auch die chronischen Fälle mitgezählt, welche in die resp. Irrenanstalten des County Councils abgegeben wurden.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Pinneberg.** Der Kreisarzt Geh. Medizinalrat Dr. Wenck in Pinneberg ist am 18. Juli einem Schlaganfall erlegen. Der Verstorbene, der ein Alter von 72 Jahren erreicht hat und sich in weiten Kreisen einer seltenen Beliebtheit erfreute, ist ungefähr ein Jahrzehnt als Kreisarzt des Kreises Pinneberg tätig gewesen und hat daneben seit der Gründung der Kreis-Irrenpflegeanstalt zu Pinneberg dieser als leitender Arzt vorgestanden.

— **Königslutter.** Zum 1. September d. Jrs. wird der Anstaltsarzt Dr. German hier ausscheiden, um die Stelle eines leitenden Arztes am Helgoländer Krankenhause zu übernehmen.

— **Bernburg.** Med.-Rat Dr. A. Neuendorff, Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt zu Bernburg erhielt den Titel Geheimer Medizinalrat.

— **Dresden.** Dr. Seige, Assistent von Geh. Rat Prof. Dr. Ziehen, wurde zum Anstaltsarzt an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt gewählt.

— **Roda.** Dr. E. Jennike als Assistenzarzt am Genesungshause angestellt.

— **Süchteln.** Dr. Hermann von der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Merzig nach der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal versetzt.

— **Bonn.** Dr. Bastin von der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Johannistal an die gleichnamige Anstalt zu Bonn versetzt.

— **Pfullingen.** Oberarzt Dr. Hoppe ist am 31. Juli ausgetreten, um die Leitung der Privatanstalt Neckargemünd zu übernehmen.

— **Niedermarsberg.** Dem Oberarzt Dr. Haase an der Prov.-Heilanstalt Niedermarsberg wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

— **Dziekanka.** Dem Sanitätsrat Direktor Dr. Kayser wurde der Titel Geheimer Sanitätsrat verliehen.

— **Plagwitz** (Schlesien). Dem Oberarzt Dr. Möller an der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

— **Leipzig, Heilanstalt Dösen.** Oberarzt Dr. Rehm verläßt am 1. September die hiesige Anstalt, um als Oberarzt und stellvertretender Direktor an die städtische Heil- und Pflegeanstalt zu Bremen überzusiedeln. Dr. Maaß, bisher Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Leipzig, übernimmt hier die Stelle eines Assistenten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.



St. Blasien

im bad. Schwarzwald
800 m über dem Meer
Höhenluft-, Wald- und Terrainkurort

Sanatorium Villa Luisenheim

Das ganze Jahr geöffnet.

Sanatorium für Nervenkranke,
Magen-, Darm-, Herz- und Stoffwechselkranke.

Modernste hygienische Einrichtungen. — Vollständig geschützte Lage Diätkuren. — Liegehalle für Freiluftkuren am Rande des Waldes.

Lungenkranke ausgeschlossen.

Von Mai bis Oktober stehen den Patienten auch die Einrichtungen des Hotels und Kurhauses mit der Anstalt für physikalische Heilmittel zur Verfügung.

Aerztliche Leitung: Hofrat Dr. Determann und Dr. Wiswe.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet.

Heilanstalt Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg) für Nerven- und Gemüts-Kranke

(Damen und Herren).

Die Anstalt ist modern und komfortabel eingerichtet.

Neu erstellter Bau für Herren.

Prospekte frei durch die Direktion.

Besitzer und leit. Arzt **Dr. R. Krauß.** II. Arzt **Dr. O. Kern.**

KREUZBURG O.-S.

Marienheim (Eigentum des Diakonissenmutterhauses Bethanien).

Heil- und Pflegeanstalt für nerven- und gemütskranke Damen in getrennten Abteilungen. 36 Plätze — 2 Pensionsklassen. Komfortabler Neubau, Zentralheizung, Warmwasserleitung. Medizinische Bäder, Elektrizität, Vierzellenbad, Röntgenapparat, Beschäftigungstherapie.

Behandlung durch den leitenden Arzt Dr. Nehmiz, früher Assistent von Geheimrat Dr. Bonhoeffer-Breslau und Sanitätsrat Dr. Neißer-Bunzlau.

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288

Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Zwei Verpflegsklassen. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**

Stellengesuche.

Direktor

einer öffentlichen Irrenanstalt, Anfang der 40er, unverh., evang., schriftstellerisch tätig, auch mit dem Gebiet der Jugendpsychiatrie vertraut, sucht passende Stellung. Off. unter **Sch. K. 2011** an die Expedition d. Bl.

Bei dem unterzeichneten Rat ist vom 1. Januar 1912 an die mit Pensionsberechtigung verbundene Stelle eines

dirigierenden Arztes

der zur Zeit etwa 250 Kranke enthaltenden **städtischen Nervenheilanstalt (Irrenheil- und Pflegeanstalt)** zu besetzen.

Die Stelle ist mit einem Bargehalt von 5000 M., steigend nach je 3 Jahren 5 mal bis zum Höchstgehalt von 7500 M., ausgestattet. Daneben wird in einer neuen Villa freie Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung gewährt, die bei der Pensionierung mit 1500 M. veranschlagt wird. Bei Berechnung der Höhe der Pension wird die Zeit seit Erlangung der ärztlichen Approbation in Anrechnung gebracht.

Bei Berechnung des Gehaltes kann auswärts verbrachte Dienstzeit mit Genehmigung der städtischen Kollegien angerechnet werden.

Dem Inhaber der Stelle ist gestattet, sich von Ärzten innerhalb der Stadt Chemnitz zu Konsultationen zuziehen zu lassen und in der Anstalt täglich nachmittags eine Sprechstunde abzuhalten. Auch stehen ihm 4 Betten in der Anstalt zur Aufnahme von Privatkranken zur Verfügung.

Annahme von Nebenämtern bedarf der Genehmigung des Rates.

Bewerber mit ausreichender psychiatrischer Vorbildung und Erfahrung werden gebeten, ihr Gesuch mit Zeugnissen bis zum 20. September d. Js. bei dem unterzeichneten Rat einzureichen.

Chemnitz, den 19. August 1911.

Der Rat der Stadt Chemnitz
Krankenpflegeamt.

Junges Krankenpflegeehepaar

sucht für 1. Okt. in Anstalt, Sanatorium etc., evtl. auch leit. Stellung. **Angebote an Fritz Liebers,** Konstanz (Bad.), postlag.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 23. 2. September **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Zur Frage der öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen. Von Direktor Dr. Mercklin, Treptow a. R. (S. 219.) — Heilstätte Roderbirken (bei Leichlingen, Kreis Solingen) der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. (S. 220.) — Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller, Hildesheim. Fortsetzung. (S. 220). — Mitteilungen (S. 226): Revolverattentat auf den Direktor einer Irrenanstalt. — Referate. (S. 215.) — Personalnachrichten. (S. 226).

Zur Frage der öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen.

Von Direktor Dr. *Mercklin*, Treptow a. R.

In Nr. 21 dieser Wochenschrift wendet Herr Prof. Sommer in Gießen der Einrichtung öffentlicher Schlaf- und Ruhehallen auf Ausstellungen und in Großstädten in erfreulicher Weise auch weiter sein Interesse zu. Den allgemeinen, begründenden Ausführungen, welche dort aus einer früheren Veröffentlichung wiederholt sind, ist nichts hinzuzufügen. Die Leitung der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden hat sich nun in der Tat ein großes Verdienst erworben, indem sie auf Sommers Anregung hin probeweise eine derartige Ruhehalle in Betrieb setzte. Besonders in der verflossenen heißen Zeit war der Zuspruch rege, aber auch die Zahl der wegen Platzmangel abgewiesenen Besucher leider groß. Auf die Schlußstatistik, welche ebenso wie eine Nachricht über die Rentabilität hoffentlich der Öffentlichkeit nicht vorenthalten wird, dürfen wir gespannt sein. Sie wird sicher ergeben, daß bei zukünftigen großen Ausstellungen für derartige Hallen eine weit umfangreichere Anlage gewagt werden darf.

Den von Sommer aufgestellten Bedingungen: der leichten Zugänglichkeit, Bequemlichkeit, Reinlichkeit, der völligen Trennung der Geschlechter, der Billigkeit — entspricht die Dresdener Ruhehalle vollständig. Nur der wichtige Punkt der Geräuschlosigkeit bedarf durchaus weiterer Bemühungen, falls die Halle, wie Sommer wünscht, das Modell zahlreicher Einrichtungen gleicher Art werden soll. In der Dresdener Halle besitzen die Türen und Zwischenwände der Kabinen, — wie ich mich bei Benutzung an drei Tagen überzeugen konnte — nicht ganz die erforderliche Schalldichtigkeit. Man hört noch die Bewegungen der Nachbarn, deren Räuspern und Hüsteln, das Kommen und Gehen, — Einschlafen und vollkommene Ruhe erleiden hierdurch Abbruch. Besonders ungünstig sind hierbei die an das Waschzimmer grenzenden Kabinen daran, deren Besucher den Verkehr an der Kasse zum Teil mit anhören müssen. Bemüht sich auch die Wärterin in anerkennenswerter Weise eines möglichst stillen Verhaltens, so sind die Besucher, teils aus Gedankenlosigkeit, teils im Affekt — wenn sie wegen besetzter Kabinen abgewiesen werden — oft nichts weniger als geräuschlos in ihrem Auftreten. Bei unserer vorgeschrittenen Bautechnik sind die erwähnten Übelstände durch Einbau schalldichter Wände leicht abzustellen, wie unsere modernen Hotelbauten vielfach beweisen.

Es dürfte sich vielleicht auch empfehlen, durch einen Anzeigeapparat außerhalb des Eingangs bekannt zu geben, ob und wann wieder Ruheplätze frei sind. Manche Besucher werden dann ein unnützes Betreten des Hauses und zwecklose Verhandlungen mit der Aufseherin unterlassen und die Ruhe wird auch hierdurch größer werden.

Endlich bedarf, sobald die vollkommene Schallisolierung der Kabinen bautechnisch erreicht ist, das System des Weckens der Verbesserung. Das jetzt übliche Klopfen an der Tür nach abgelaufener Ruhestunde pflegt die Wirkung zu haben, daß außer dem zu Mahnenden auch dessen Nachbarn in die Höhe fahren, wie die ertönenden Zurufe von links und rechts her beweisen. Hier wird Wecken mit elektrischer Leitung durch Schnurrvorrichtung — wie sie ebenfalls moderne Hotelneubauten aufweisen — gute Dienste tun.

Es ist leicht ersichtlich, daß das Bauprogramm einer Ruhehalle (auch als Sonderbau) auf dem Ge-

lände eines Ausstellungsparks leichter auszuführen ist als in dem Getriebe einer durch Gefährte aller Art durchrasselten Großstadt. Soll auch hier die unumgängliche leichte Erreichbarkeit der Ruhehalle erhalten bleiben, so wird man mehr zur Adaptierung vorhandener Räume in massiven Bauten schreiten müssen. Es werden sich auch in den belebtesten Stadtteilen Nebenstraßen, innere Höfe, eventl. durch den Fahrstuhl zugängliche Obergeschosse finden, in welchen leichte Zugänglichkeit und Geräuschlosigkeit vereinigt werden können.

Jedenfalls lehrt der schöne Versuch auf der Dresdener Ausstellung, daß der hygienische Gedanke der Ruhehallen eine Zukunft hat. Möge die Tatkraft unserer neurologischen Kollegen in den Großstädten dazu führen, daß auch von dorther bald über derartige nützliche Versuche berichtet werden kann.

Heilstätte Roderbirken

(bei Leichlingen, Kreis Solingen) der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz.

Die Heilstätte Roderbirken bei Leichlingen (Nervenheilstätte der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz), welche bisher nur weibliche Kranke aufnahm (145 Betten), wird jetzt durch den Neubau einer Männerabteilung erweitert. Nachdem zuerst die Vergrößerung des Kessel- und Maschinenhauses und Wirtschaftsgebäudes, die Anlage einer Seilbahn zum Materialtransport, eine Doppelvilla für zwei Arztwohnungen und zwei Doppelhäuser für verheiratete Angestellte ausgeführt worden sind, ist im Frühjahr das Hauptgebäude begonnen worden und zurzeit bis zum Obergeschoß gediehen. Es ist ein 119 m langer Bau, durch drei Treppenhäuser in 4 Abteilungen zerlegt, welcher am Südabhange des Geländes am Rande eines Buchenhochwaldes sich erstreckt. Außer 80 Krankenzimmern mit 150 Betten und den nötigen Tagesräumen und Unterhaltungszimmern wird eine große Badeabteilung für die physikalische Therapie eingerichtet, ferner Werkstätten zur Beschäftigung der Kranken. Der westliche Gebäudeteil enthält einen großen und einen kleinen Speisesaal mit Garderoben und Anrichteküchen, in den oberen Stockwerken die Wohnungen der Assistenzärzte, Schwestern und Dienstboten. Den ärztlichen Untersuchungszimmern reihen sich an ein Behandlungsraum, Laboratorium und Bibliothek.

Der gesamte wirtschaftliche Betrieb wird einheitlich besorgt und untersteht dem Chefarzt. Wie bei der Frauenabteilung wird auch für die Männer ein etwa 100 Morgen großes bewaldetes Gelände eingefriedigt. Durch die Bodengestaltung und die dazwischen liegenden Wirtschaftsgebäude ist eine vollständige Trennung *der* beiden Geschlechter hergestellt, die bei einer *Heil*stätte von dieser Größe und Lage strengstens durchgeführt werden muß.

Die Männerabteilung, welche einem immer dringender hervortretenden Bedürfnisse abhelfen wird, soll im Sommer 1912 eröffnet werden.

Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

Auch im Zuchthause selbst drückte man sich, ehe der Erfolg eingetreten war, recht vorsichtig aus und gab zunächst nur zu, daß die ausleerenden Mittel auf die Umstimmung der Gemütsverfassung einen „heilsamen Effekt äußerten". Nur als er dem Collegen draußen etwas am Zeuge flicken will, konstatiert der Zuchthausmedikus höhnisch: „trotz aller schlechten Prognosen trat bald nach der Reception eine Besserung ein". Nur einmal brüstete er sich selbst in etwas unvorsichtiger Weise: „Dies scheinet doch eine radical-Genesung zu sein". Meist drückte man sich aber bedeutend genügsamer aus.

„Dieser Mensch hat bereits vor zehn Jahren einen ähnlichen Anfall gehabt, da er nur zu solcher Verstimmung der Nerven und des Gehirns geneigt zu seyn scheint und folglich bey irgendeiner neuen gelegentlichen inneren oder äußeren Ursache einem abermahligen Anfälle mehr als ein anderer ausgesetzt bleibt, so ist er doch gegenwärtig als ein völlig gesunder Mensch zu betrachten, und kann ja auch wohl seine gantze Lebenszeit hindurch für einen Rückfall gesichert seyn."

In der Regel atmen diese Krankheitsvoraussagen einen niederdrückenden Pessimismus.

Als ein allgemeines Zeichen der Unheilbarkeit galt es, wenn aus einer Manie eine Melancholie wurde (wozu auch die sekundären Schwächezustände

gerechnet wurden). Dann war es noch ein geringer Trost, wenn trotz der erschöpften Lebensgeister ein Delirium furiosum entstand.

Das herannahende Alter minderte wieder die Chancen:

„es scheint die Krankheit bei dem nunmehr herannahenden Alter immer zuzunehmen und unheilbarer zu werden."

Die Heredität trübte nicht so sehr die Aussichten:

Obgleich diese melancholie eine angeerbte zu seyn scheinet, so würde er zweifelsohne davon befreyet worden seyn, wenn er im Anfang seines Übels in eine richtige Cur gegeben worden wäre.

Bei dem außerordentlichen Respekte, den man damals vor der Wirkung der Medikamente hatte, wird man den Gram des Arztes verstehen, der da konstatieren mußte:

„er hat keine körperlichen Fehler und ist ganz ohne Fieber und was alle Hoffnung völlig darniederschlägt, er verabscheuet gänzlich den Gebrauch der Artzneyen."

Die Abhängigkeit von körperlichen Krankheiten machte sich auch in der Prognose geltend:

„Die Aussichten sind schlecht, da schon verschiedene Werkzeuge der Cörper-Maschine zerstöhrt sind."

Leider fehlt eine Begründung der traurigen Prognose, „und kann diese Krankheit, zumal sie die Liebe zum Gegenstande hat, nicht geheilet werden."

Eher versteht man es schon, daß man bei einem Epileptiker, der in seinen Dämmerzuständen „die Gärten wie ein Aasgeier unsicher machte", sich dahin aussprach:

„Aus ähnlichen Beyspielen und selbst ex natura morbi steht zu befürchten, daß bey einem so fest eingewurzelten und so oft zurückkommenden Übel als die Epilepsie, sie endlich völlig wahnsinnig, wo nicht gar furibunda werden könne."

Man wird auch jetzt dem tüchtigen Tollhauskollegen Dr. Heine, der für den Dr. Thaer*) die vices mehrenteils vertrat, beipflichten, wenn er 1774 bei der 50 Jahre alten Schwester eines Landdrosten und eines kurfürstlichen Leibarztes, die man nicht einmal in den Honorationenstuben des Tollhauses untergebracht hatte, zunächst die jetzt noch gültige Erfahrung hervorhebt:

„an der Seele krank aber am Cörper gesund kann sie leicht noch 20 bis 25 Jahre leben, wie man schon mehrere Beyspiele von Leuten dieser Art hier hat, die ein hohes Alter erreichen."

Um so schlechter war die Prognose für das psychische Leiden:

*) Anm. d. Red.: Der sich später um die Förderung der deutschen Landwirtschaft unsterbliche Verdienste erworben hat. Sein Denkmal steht in Leipzig.

„Da sie ohngeachtet aller angewandten Mittel in den 14 Jahren nicht einmal vernünftige Zwischenräume erlebt hat, so glaube ich, daß nunmehr alle Hoffnung auf Wiederherstellung ihres Verstandes verloren sey."

Manchmal konnte man ja noch von den äußeren Umständen seine Prognose abhängig machen:

„Hätte sie einen Arzt täglich zum Beobachter, so sähe ich eine Heilung nicht für ganz unmöglich an. Da sie aber wie alle Wahnsinnigen einen unüberwindlichen Widerwillen gegen alle Heilungsmittel hat, geht die Krankheit langsam in eine insaniam über."

Hatte man auch eine Heilung festgestellt, so legte man sich doch nicht auf die Dauer fest:

„Die Heilung wird wegen ihres cholerischen Temparamentes nicht von Dauer sein, welches zu mäßigen wir sie bisher fleißig ermahnet haben."

„für einen etwaigen Rückfall kann man niemals bei dem wenigsten Anscheine sicher seyn."

Man hatte hierbei die äußerste Vorsicht gelernt, seitdem der wahnsinnige Kreuz, den man für geheilt erklärt hatte, schon auf dem Rückwege zur Heimat von einem Rückfalle befallen worden war.

Und so erklärte man von vornherein, um sich den Rücken zu decken:

„apodictische Gewißheit gegen Rückfälle ist ohnmöglich, Menschenverstand erreichet sie nie." „Man kann für keine künftigen Rückfälle responsable sein."

Und so wies man lieber von vorneherein auf diese Eventualität hin:

Kranheits-deliria, Melancholie, Wahnsinn dieser Persohn liefen jedesmahl auf Selbstmord und auf Feueranlagen heraus. Rückfälle dieser Krankheit sind besorglicher als Radikalkuren gewöhnlich."

Man bequemte sich um so eher zu dieser Vorsicht, als sich die hohe Regierung bei der bevorstehenden Entlassung eines zweifelhaften Falles energisch vernehmen ließ:

„Da sie ein Vorwerk bewohnet, bitte ich mit allem Rechte um die strengste Sorgfalt und praecaution in Beurteilung ihrer Besserung, um so mehr als Euer Hochwohlgeboren bey der Töpp ein Beyspiel gegeben haben, daß dero löbliche Menschenliebe allzuweit geführet hat."

Auch sonst scheint man amtlicherseits nicht immer mit der Beurteilung der Kranken in Celle einverstanden gewesen zu sein.

Mißmutig bemerkt das Amt bei einem als „geheilt" Entlassenen:

„Er muß ein boshafter Heuchler seyn, wenn er es dahin hat bringen können, daß man ihn in Celle vor einen gutmüthigen Menschen gehalten hat."

Und so versicherte man lieber von vornherein „das es mit der Cur sehr schwer hingehen möchte". „Es geht die völlige Herstellung der Gesundheit solcher Kranken gewöhnlich nur langsamen Schrittes"

und „man will nicht dafür einstehen, daß das Übel für immer ausbleiben werde.

Man wurde allmählich so bescheiden, daß man nur hoffte: „daß der Kranke wenigstens vors erste keinem Rückfalle ausgesetzt sein werde“.

Und wenn man auch zuerst versicherte, „der liebe Kranke werde bei einer mäßigen diensamen Diät und dem Gebrauche mehrerer nutzbarer Artzneyen wieder zu sich kommen und sich in Folge als ein nutzbarer Hauswirt betragen“, so konzedierte man bei der Entlassung, obgleich er sich „von dem Taumel des zurückgebliebenen Wahnsinnes erhohlt hatte und in diesem Zustande der großen Sommerhitze ungeachtet geblieben war, nur soviel, daß er aller möglichen Wahrscheinlichkeit nach noch einige Jahre gesund bleiben möge“.

Gerade so gerne drückte man sich etwas geheimnisvoll aus:

Da es ein malum inveteratum ist und der Grund in einer obstructione viscerum liegt, so möchte die Kur ein wenig langweilig werden, obwohl man noch Hoffnung haben kann, daß durch gelind resolvierende und nachher expellierende Mittel nebst übrigen zu Hülfe genommenen Mitteln ein vieles könnte bewürket und die Gesundheit vielleicht gar völlig wieder hergestellt werden.

Oder man zog die Wissenschaft zu Hilfe und machte die Sache etwas umständlich:

a) Die Frau ist körperlich gesund, der Arzt findet also zur Heilung der Gemüthskrankheit keine Anzeige des Körpers,
b) sie ist vorzüglich schwer zu heilen, da sie aus einer eingewurzelten und zugleich verwahrlosten Eifersucht stammt,
c) da der Vater auch wahnsinnig gewesen ist, dürfte wohl einiger Verdacht von einer dispositio hereditaria bestehen,
d) da in dem Körper sich nichts widernatürliches wahrnehmen läßt, durch dessen Wegräumung sich Krankheit vielleicht heilen ließe,
e) da die Krankheit schon über fünf Jahre alt ist,
f) anhaltend ist,
g) der Patient sich schon im 60. Jahre befindet,
h) alle Hülfsmittel bei ihr vergeblich gewesen sind,

so glaube ich mit Grund an der Wiederherstellung ihrer Gesundheit zweifeln zu können.

Doch ist von der Veränderung ihres Aufenthaltes und ihrer Tage überhaupt so viel zu hoffen, daß sie unter einer strengen Zucht einige Handarbeiten werde leisten können.

Was die Behandlung anbetraf, so war man vielseitiger, als man jetzt im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Was der Therapie jener Zeit die Signatur verleiht, ist die ausgedehnte Anwendung der Medikamente, auf die man ein unbedingtes Vertrauen setzte, mochten auch noch so viele Mißerfolge im Mißverhältnisse zu der Menge der angewandten Medizin stehen.

Von der strengen und lieblosen Behandlung des Mittelalters war man ja durchaus noch nicht ganz abgekommen, wenn sie auch in den Akten ziemlich wenig zutage tritt. Das geschah aber sicherlich nicht, weil man sich ihrer geschämt oder sie für unrichtig angesehen hätte.

Wir lesen noch immer, wie eine Melancholika durch die Häushälterin mit Fluchen und durch Überschütten mit kaltem Wasser im Bette „behandelt“ wurde. Man berichtet als selbstverständlich, daß der Kranke sich überhaupt manchmal nur durch Drohungen und Schläge in Ordnung halten ließ, daß „man oft den Stock hoch halten muß, um sie ruhig zu machen“, daß man einen Kranken, dem man nebenher noch mit abführenden Substanzen und Brechmitteln heftig zusetzte, bloß durch Schläge für ein paar Stunden zur Arbeit hat kriegen können: „Sobald die Schläge verschmerzt waren, kam alles gleich auf den alten Fuß.“

Ganz eigentümlich berührt es, wenn wir lesen, wie ein Ehemann seiner Frau, die einen Selbstmordversuch gemacht hatte, eine Ohrfeige gab, daß sie an den Ofen prellte.

Mit Ketten, Krampen, Bolzen machte man sie sicher und dabei blieb es gewöhnlich auch nicht.

„Anjetzo ist nicht die Zeit, ihn viel mit medicamenten zu versehen, da seine Wuth anjetzo so heftig ist, daß er vier bis fünf handveste Kerls und große eiserne Krampen nicht achtet: er muß also in eine so veste Verwahrschaft in dem für solche traurigen Leute bestimmten Hauße gebracht werden, wo er weder Leute anfallen noch Häuser in Brandt setzen kann, zumahlen er viel Tabak rauchen soll.“

Man mußte sie eben, wenn sie zu wütend waren, in eine Zellkoje einsperren.

Und wenn man ihnen auch nicht tätlich zu Leibe ging, so ließ man ihnen wenigstens „die Strenge“ angedeihen.

Grimmig gebot das Justizdepartement: Wenn der Arzt solches für zuträglich und seiner Gesundheit wenigstens unnachteilig halten sollte, so habt ihr ihn zu schweren körperlichen Arbeiten anhalten zu lassen und seinen Verdienst mit zur Bestreitung der Unterhaltungskosten anzuwenden.

Man hatte recht oft das Prinzip:

„Zur besonderen Aufsicht sowohl zu der Zeit, wo er medizinierte, als auch da, wo sein Betragen unnütz wird, scheint eine Behandlung, die Furcht erzeugt, ganz unentbehrlich.“

Und zu dieser therapeutischen Einwirkung mußte auch das Tollhaus selbst herhalten:

„Bloß die Drohung, daß er wieder nach Celle zurückgebracht werden müsse, hält ihn in Schranken.“

Daß die Geisteskrankheit sich auch in das

Militärwesen eindrängte und daß sie durch ihre Konflikte mit der Disziplin hier als Strafe herausforderte, was im Zivil als Medizin erschien, beweist die Bemerkung:

„In Ostindien und in Hameln hatte er die härtesten Regimentsstrafen erlitten, weil er sich bey seiner Verstandsschwäche ungeziemender Ausdrücke gegen seine Vorgesetzte hat zu Schulden kommen lassen."

Doch gelangte gelegentlich das entgegengesetzte Prinzip auch theoretisch zur Geltung, wie es sich in der praktischen Behandlung im Tollhause schon längst seine Berechtigung erkämpft hatte:

„Bei guter Behandlung kann er dem Publiko noch nützliche Dienste leisten."

Bemerkenswert ist, daß einmal bei einer Paranoica der „unschuldige Gegenstand" ihrer Beeinträchtigungsideen sie von Amts wegen um Vergebung bitten mußte.

Unter den mannigfachen Medikamenten, mit denen man das rebellische Gehirn bedrängte, treten die beruhigenden Mittel noch ziemlich zurück. Am beliebtesten war das Opium. Man gab gerne den Mohnsaft in Pillen gegen die Melancholie, dann eine Mischung von Honig und Essig oder eine Abkochung der Quadenwurzel. Bei starker Aufregung war der Kampfer indiziert. Eine geheimnisvolle Wirkung wurde der Belladonna zugeschrieben. Half sie nichts, dann verzweifelte man an aller sonstigen Arznei.

Schweißtreibende Mittel gab man, so man den Verdacht hatte, „daß etwas Krätzeartiges im Spiele sey".

Aber innerlich gefestigter fühlte sich der denkende Arzt von damals, wenn er zu den abführenden oder wie es viel bezeichnender hieß, zu den ausleerenden Mitteln griff. Denn der menschliche Organismus wurde nach dieser Seite hin ausgeleert, soweit das eben zu erzielen war. Aber auch auf der anderen Seite war man nicht müßig, vor allem, „wenn die ausleerenden Mittel selbst in den stärksten Gaben ihre Würkung versagten."

Hatte man durch größere Dosen lauwarmen Wassers keine Bresche in die Wucht der Krankheit gelegt, dann griff man zur Panacee der Psychiatrie, dem Tartarus tartarisatus.

Das hatte nicht immer die erwünschte Wirkung.

„Gestern hat er einen Skrupel Brechweinstein in die Suppe genommen, welches zwar kein Erbrechen, doch einige Ruhe bewirkte."

Und da der Landchirurgus, so oft er ihn besuchte, ihn nicht zum Brechen bringen konnte, setzte er einen schriftlichen Feldzugsplan auf:

„Folgendes ist bei dem Gebrauche der Arzneimittel in Absicht des Gemütszustandes des Studiosi Stoetze zu Spiecka zu beachten.

1. Wird das Brechmittel Nr. 1 nach der Vorschrift, wie folgt, gebraucht.
2. Nach dem Gebrauche des Brechmittels wird die Medizin Nr. 2 nach beikommender Vorschrift gebrauchet, abends aber bei dem Schlafengehen eines von denen Pulvern Nr. 3.
3. Bei dem Gebrauche dieser Mittel müssen alle schwer verdaulichen, worunter auch vornehmlich Mehlspeisen und Kartoffeln gehören, sorgfältig vermieden werden, wie auch der Genuß säuerlicher Speisen und Getränke.
4. Nachdem diese Mittel ungefähr acht Tage gebraucht sind, wird das Laxiermittel Nr. 4 nach der Vorschrift genommen und alsdann an den folgenden Tagen der Gebrauch der Mittel Nr. 2 und 3 wieder fortgesetzt.
5. Sollten sich die Umstände bei dem Patienten nicht ändern, so würde alsdann ein Aderlaß am Fuße von acht bis zehn Unzen vielleicht gute Dienste leisten und alsdann müßte bis auf weitere Nachricht mit der Medizin Nr. 2 und 3 fortgefahren werden."

Der Hergang des Medizinierens hatte übrigens auch sonst Schick und Form. Wenn das Amt von der Krankheit Kenntnis genommen hatte, trug es dem Landphysikus auf, die Kur einzuleiten. Der entwarf den Heilplan und trug dem Wundarzt auf, für Einnahme der Arznei die beste Sorgfalt zu tragen. Das war aber oft besser gesagt als getan und der Wundarzt klagte bitterlich, „daß ihm so wenig mit Güte wie mit Gewalt Arzney einzubringen sey".

Zwar schrieb der Arzt auf das Rezept, die Obrigkeit solle ihn durch Vorstellungen oder Drohungen zu deren Gebrauche anhalten, sonst müsse er an einen sicheren Ort kommen, wo man ihn durch gehörige Zwangsmittel dazu bringen müsse.

Aber was wollte man machen? Als man einem Kranken die köstliche Aqua benedicta Rolandi eingeben wollte, reichte selbst die Kraft von drei rüstigen Kerls nicht dazu, und ebensowenig war es möglich, ihm ein Blasenpflaster auf den Kopf zu legen und Klistiere zu applizieren.

„Zum ordentlichen Einnehmen von Medizin war er gar nicht zu bringen. Er sagte, er wolle nicht einnehmen und zweimal, wo er es sich gefallen ließ, fügte er, als er Salze etc. geschmeckt hatte, hinzu, er führe ohnehin genug ab. Nachher war er durch kein gütliches Mittel dazu weiter zu bewegen, und versuchte man es mit Gewalt, so kniff er die Zähne so fest zusammen, daß man den Mund nicht öffnen konnte oder er spuckte die Arznei wieder von sich. Ein starkes Brechmittel, das man ihm mit List beibrachte, wirkte nicht im mindesten."

Wenn es gar zu schlimm wurde, gab man die

Kranken bis zu einem halben Jahre bei dem Landphysikus in die Kur. So lange sie bei ihm in Behandlung waren, setzte man ihnen von oben und unten dermaßen zu, daß sie ruhig und gesittet waren. Kamen sie dann wieder nach Hause, so ging der alte Spektakel von neuem los.

Zur Durchführung der Kur wurde in der Regel eine der „zum leidlichen Gewahrsam bestimmten Arreststuben" bewilligt. Aber mit der strengen Durchführung der Medizinierung hatte es leider oft gute Wege, da die Wachen häufig wegliefen. Und dann stellten sich mehrere Male die merkwürdigsten Nebenerscheinungen ein, da den Patienten von unberufener Hand große Alkoholmengen verabfolgt wurden.

Manchmal verzichtete man überhaupt von vornherein auf jede Medikation:

Als man den Johann Braat 1772 nach Celle schickte, schrieb das Amt:

„Wir lassen denselben hierbei wohlverwahrlich überliefern. Wir vermelden noch vergebenst, daß man den Gebrauch einiger Artzneimittel für diesen unglücklichen Menschen am hiesigen Orte für überflüssig gehalten, da der Landphysikus Dr. Bare hierselbst bereits im Jahre 1777 der Meinung gewesen, daß er alhier zu seiner Gesundheit schwerlich wiederum wurde gebracht werden."

Die Aderlässe, Blasenpflaster, spanischen Fliegen vollendeten das therapeutische Werk.

Besonders beliebt waren bei dem starken Trieb des Geblütes nach dem Kopfe die Aderlässe. Manchmal ließ man an der Stirne und beiden Daumen gleichzeitig zur Ader. Die Blutentziehungen waren so gang und gäbe, daß ein Kranker erklärte, er sähe es gerne, wenn er geschröpft und zur Ader gelassen werde, er sei daran gewöhnt und es habe ihm bei seiner Maladie immer recht gute Dienste getan.

Schlug die Medizin nicht an, so hatte man die mannigfaltigsten Entschuldigungen.

„Er hat sie nicht vorschriftsmäßig gebrauchet", „bey ihren mannigfaltigen widerlichen Einfällen nahm sie nur die Medizin, die ihren Torheiten Vorschub leistete".

„die Artzneien haben nicht angeschlagen, denn die Ärzte, welche diese Persohn zu Rathe gezogen, sind nicht von der besten Art gewesen."

So waren recht oft die Wirkungen nur gering:

Durch die ausleerenden Mittel und ein hitziges Fieber war er so geschwächt, daß im letzten Sommer kein Paroxysmus wieder erschien, nachher wurde er aber doch im eigentlichen Sinne wütend.

Oder:

„Die Besserung, welche nach dem Gebrauche der Artzneyen erfolget ist, muß für nichts gerechnet werden."

Und so kann man es verstehen, daß die Ärzte mit großer Befriedigung sich rühmten, daß durch den Gebrauch verschiedener Mittel sowie durch einen am Beine ausbrechenden Schaden der Kranke geheilt sei, oder wenn der Zuchthausarzt meldet:

„Er ist durch den Genuß von Arzneyen, besonders durch den Genuß der freyen Luft und Bewegungen, die man ihm auf den Zuchthaushöfen verschafft, und Arbeit geheilt. Seine Grillen vergingen allmählig. Nun ist er so weit gekommen, daß er die Thorheit derselben selbst einsieht und sich wundert, wie ihm dergleichen in den Kopf habe kommen können."

Eine Spätkur erzielte man 1775 bei dem Bereiter Arens, der im Anfange seines Unsinnes Hauswirt war,

„bis sich die stille Melancholie in tobende und lärmende Raserey verwandelt hatte. Man machete ihn mit Ketten fest, aber er erledigte sich derselben, ging mit einer großen Stange ins Dorf und holte sich aus den Häusern Essen. Man beschloß, ihn beim Amte zu behalten und ihm „die gewöhnliche Pflege wiederfahren zu lassen". Mit dem Aderlasse fing man an, doch nahm die Tollheit zu. Als er fluchte und unsinnige Reden führte, kommunizierte man mit dem Herrn Landphysikus, der eine nochmalige Cur mit ihm begann. Nun setzte man ihm Zugpflaster, gab ihm ein ziemliches Brechpulver und machte auch einen Versuch mit der Belladonna. Der sich zuerst ruhig betragende A. fing bald wieder an, unsinnig zu werden. Darauf wurde ein reiches Aderlaß und wieder Belladonna verordnet. Schließlich nahm aber das Übel so überhand, daß er in eine Coje eingesperrt werden mußte. Man benachrichtigte den Landphysikus und da damals die Fernbehandlung nicht verboten war, unterließ er es nicht, dienliche Medikamente zu übersenden. Trotzdem brach A. die Ketten entzwei, riß sich das Zeug vom Leibe und trieb noch sonstigen Unfug. „Die Medikamente wollten so wenig Effect bei dem wütenden Menschen machen, daß vielmehr dessen Wahnsinn und Unmut von Tag zu Tag mehr zugenommen."

„Nach 14jähriger Krankheit wurde er trotzdem durch die Belladonna so weit gebessert, daß die Königlich kurfürstlichen Beamten, als von welcher Seite derselbe viele Proben der Menschenliebe genossen, beschlossen, denselben durch einen Geistlichen aufs Neue unterrichten zu lassen."

Es gehörte schon damals zu einer richtigen Kur, daß man auch eine ganz gehörige „Lebensweise" vorschrieb. Was die Beköstigung anbetraf, so hielt man sich an das Prinzip, daß stärkere und nahrhafte Speisen der Kur eher hinderlich „als nützlich" seien.

„Fast alle seine Reden hier in den ersten Tagen haben Wohlleben, gutes Essen, Wein, Branntwein, Äußerungen von Hochmut etc. zum Inhalte gehabt. In der folgenden Zeit rief er aus seinem Fenster fast jeden Menschen um gutes Essen, Braten etc., Wein und Branntwein oder Geld

dazu an. Jedoch ließ ich ihn, den Winken des Amtes Eicklingen zufolge und besonders der Kopfwunden wegen auf eine schwache Diät setzen und ihm ganz und gar keinen Wein oder Branntwein verabfolgen."

Zwar mußte man sich oft resigniert sagen, daß „bei der Caprice des Kranken eine schickliche Diät nicht gehalten werden könne." Aber man versuchte es doch immer und legte dann den ganzen Heilplan am liebsten schriftlich nieder.

„Da ich als ordentlicher Arzt der Königl. Ställe die Knechte desselben, mithin auch den bis zur Genesung von seinem Wahnsinne im Zuchthause befindlichen Stallknecht Arens zu besorgen habe, so finde ich folgende Diät und Verhaltung zu jener notwendig:

1. muß derselbe vorerst nur dieselbige oder doch keine viel bessere Kost als die übrigen Wahnsinnigen erhalten, daher ihm dann
2. nur zu Zeiten und wenn er fleißige Arbeit und Nachgiebigkeit und damit eine Änderung seines den Wahnsinn größtenteils vergrößernden Eigensinnes bezeigt, ein Glas Bier, Thee oder Kaffee zu reichen ist, Branntwein soll er gar nicht haben,
3. muß er notwendig täglich zu einer mäßigen Arbeit und zwar zu einer solchen, die er verstehet, Knütten oder Spinnen, zwangsweise, es sei durch einen Versuch von Hunger oder auch eine Züchtigung so lange angehalten werden, bis er seinen Eigensinn bricht.
4. Ist es seiner Frau und Kindern bis zu meiner Verwilligung nicht zu gestatten, daß sie ihn täglich besuchen und verzärteln, indem er bei solchen Verhalten unmöglich bessere Habituden annehmen und seine Natur eine andere Richtung erhalten kann. Da so viele unglückliche im Zuchthaus gewesen, die durch Arznei und Zwang behandelt worden sind, so ist auch beides bei dem Stallknecht Arens zu verbinden notwendig.

Und:

„Auf das vom Königl. Amte Calenberg unterm 10. d. M. datierte am 13. ej. erhalte Schreiben habe ich noch selbigen Tages den inhaftierten Joh. Heinr. Sievers aus Rößing besucht.

Mit Vorbehalt eines specielleren Berichtes benachrichtige ich ein Königliches Amt vorläufig, daß ich den Gemüths- und Gesundheits-Zustand dieses Menschen von der Art befunden habe, daß man zu einem Heilungsversuch desselben verpflichtet sey und ich werde mich demselben unterziehen. Um aber ein sicheres Resultat von der Wirkung der anzuwendenden Mittel erhalten zu können, muß der Kranke so viel unter seinen Verhältnissen möglich ist, in eine solche gebracht werden, daß die äußeren diätetischen Einflüße günstig mitwirken können.

Dazu gehören folgende Requisite:

1. Ein luftiger, trockener, gesunder Aufenthalt des Kranken. In dem kalten, feuchten, mephitischen, dumpfen, düstern Kerker, worin ich ihn fand, kann seinem Körper und Geiste kein Heil widerfahren. Der Unglückliche hat zu vieles Selbstbewußtseyn, um nicht das abschreckende seines Gefängnisses zu fühlen; er bekannte dieses selbst und versicherte, daß er es hier nicht aushalten könne, er müsse hier ungesund werden, er sey kein Verbrecher und bestand darauf fortzugehen.

   Am gesundesten finde ich die Gemächer in der Wohnung des Pförtners Börge; dieser macht zwar viele Schwierigkeiten, um die Translocation des Kranken dahin zu verhüten, vorzüglich aus dem Grunde, weil er ihm zu vielen Lärm machen würde, allein der Pförtner wird sich den erforderlichen Anordnungen nicht widersetzen dürfen, indem seine erhobenen Schwierigkeiten leicht beseitiget werden können und ohnehin der Kranke in einen behaglichem Gemache weit ruhiger seyn wird als bisher;
2. sehr zweckmäßig würde dem Kranken ein Gesellschafter gegeben werden, um ihn zu distrahieren und ihm seine Einsamkeit und Einschränkung weniger fühlbar zu machen; dazu schickte sich ein anständiger Mitgefangener, der kein schlechter Verbrecher ist;
3. muß der Kranke, wenn er etwa unruhig oder widerspenstig ist, durchaus nicht mit Strenge und in roher Weise behandelt oder sonst gereitzt oder verlachet, sondern verständig und mit Güte behandelt werden; jener muß mit aller Strenge den ihn Umgebenden verboten werden;
4. wäre sehr zu wünschen, wenn ihm eine leichte beßere Beköstigung gereicht werden könnte; nicht das ewige harte Brod, das seinem Zustande nicht zusagt. Zuweilen eine Suppe, warmes Bier, etwas Gemüse, Sallat sind dienlicher und wenig kostbare Speisen.

Ich zweifele nicht, daß die vorstehenden Requisite in Ausübung gebracht werden können, sie sind nothwendig, wenn die Herstellung des Kranken glücken soll und ich verspreche mir die kräftige Mitwirkung der Herren Beamten." (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Revolverattentat auf den Direktor einer Irrenanstalt.** Graz. Auf den Direktor der Landesirrenanstalt Feldhof, Dr. Haßmann, wurde am 21. Aug. abends ein Revolverattentat verübt. Der gewesene Stadtratskommissär Dr. Rupert Fromm, der vor zwei Jahren wegen Verfolgungswahns in der Irrenanstalt interniert und gegen Revers wieder entlassen worden war, erschien abends beim Portier und begehrte dringend Einlaß. Als ihm dieser vom Portier verweigert wurde, wurde Dr. Fromm sehr aufgeregt und versuchte, sich mit Gewalt Eingang zu erzwingen. Schließlich verlangte er, zum Direktor geführt zu werden, um sich bei ihm zu beschweren. Als ihm der Portier auch dieses Verlangen abschlug, begann sich Dr. Fromm wie wütend zu gebärden und schrie und tobte derart, daß der Direktor der Anstalt aufmerksam wurde und schließlich zum Tor kam, um nach der Ursache der Lärmszene zu forschen. Als Dr. Fromm des Direktors Dr. Haßmann ansichtig wurde, zog er einen Revolver aus seiner Tasche und feuerte ihn gegen den Direktor ab. Zum Glück ging der Schuß fehl. Dr. Fromm ergriff hierauf die Flucht, wurde aber eingeholt und interniert.

Referate.

— In: the twenty-third Annual Report of the Board of Managers of the St. Lawrence State Hospital at Ogdensburg N.-Y. to the State Commission in Lunacy for the year ending September 30, 1909, wird über folgende Krankenbewegung berichtet:

	M.	Fr.	Zus.
Verblieben am 1. Oktob. 1908	823	1035	1858
Erstaufnahmen	150	116	266
Wiederaufnahmen	49	44	93
Transferierungen	1	2	3
Zusammen	216	186	402
Gesamtzahl der Verpflegten	1039	1221	2263
Durchschnittszahl d. Verpflegten	841	1043	1884
Da die normale Belagszahl	777	1016	1799
ist, ergibt sich ein Überbelag von	64	27	91

für welche in der Anstalt durch zweckmäßige Verbesserungen genügend Raum geschaffen wurde.

Entlassen wurden als:

	M.	Fr.	Zus.
Geheilt	47	39	86
Sehr gebessert	13	5	18
Gebessert	19	34	53
Ungebessert	11	14	25
Nicht geisteskrank:			
Trinker	5	—	5
Intoxikationen	1	—	1
Andere nicht Geisteskranke	9	3	12
Gestorben	80	80	160
Es verblieben am 30. Sept. 1909	850	1037	1887

Unter den 40 Geisteskranken, welche sich freiwillig aufnehmen ließen, waren 9 manisch-depressive, 5 Dementia praecox-Fälle, 2 Depressionen, 1 allgemeine Paralyse, 4 andere Psychosen, 2 Epilepsien, 5 durch Arteriosklerose bedingte Psychosen, 9 Neurasthenien und drei nicht näher zu bestimmende Geisteskrankheiten. Die freiwillig sich aufnehmen lassenden Kranken sind in separaten Räumen untergebracht.

Unter den 160 Todesfällen waren 24 Tuberkulose. Diese Kranken sind in einem speziellen Pavillon „Inwood" zweckentsprechend untergebracht.

Im Jahre 1909 wurde eine Free dispensary, ein Ambulatorium für Nervenkranke, eröffnet, welches seither einen großen Zuspruch hat.

Die Vorbereitungs-, Unterrichts- und Fortbildungskurse für die Pflegepersonen wurden von eigenen Kursleitern geleitet und von den Pflegepersonen fleißig und mit Erfolg besucht.

Die Ärzte hatten Gelegenheit, in den seit Jahren eingeführten Fortbildungskursen an der Universität sich weiter auszubilden, was sich in den zahlreichen und wertvollen Aufsätzen in den ärztlichen Zeitschriften deutlich ersehen läßt.

Ein Arzt kommt auf 145 Kranke. Die Kosten des ärztlichen Dienstes betrugen pro Kopf und Jahr auf die Kranken verteilt 8,937 Dollars oder 44,685 Kronen.

Eine Pflegeperson kommt auf 8 Kranke. Eine Nachtdienstpflegeperson hat im Nachtdienst 59 Kranke zu überwachen. Der Minimallohn für eine weibliche Pflegeperson beträgt 16, der Maximallohn 36 Doll., für die männliche Pflegeperson der Minimallohn 22, der Maximallohn 42 1/4 Dollars monatlich.

Die Behandlung ist ganz frei, wie aus folgendem hervorgeht: Vor Jahren machte der Direktor mit beinahe 3/5 seiner Kranken mit entsprechender Überwachung einen einstündigen Ausflug in eine Zirkusvorstellung, von wo die Kranken wohlbehalten und freudig gestimmt über das Gesehene in die Anstalt heimkehrten.

Alle Heilmethoden sind in Verwendung, obenauf die Arbeitstherapie. Es wurden die landwirtschaftlichen Produkte und Artikel in den respektiven Werkstätten der Anstalt mit 63 388,69 Dollars*) oder 311 943,45 Kronen bewertet, eine Summe, welche jeden Kommentar überflüssig macht.

Zahlreiche gut gearbeitete statistische Tabellen beschließen den lesenswerten Bericht.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— In: the sixty-first Annual Report of the Board of Trustees and Superintendent of the Central Indiana Hospital for Insane at Indianopolis, Indiana, for the fiscal year ending September 30, 1909 to the Governor berichtet G. Edenharter über folgende Krankenbewegung:

	M.	Fr.	Zus.
Am 1. Oktober 1009 verblieben	890	1119	2009
Im Berichtsjahre aufgenommen	190	162	352
Verpflegt wurden	1080	1281	2361

Entlassen wurden als:

* Hier sind die Kosten des Materials eingeschlossen.

	M.	Fr.	Zus.
Geheilt	44	54	98
Gebessert	74	36	110
Ungebessert	8	6	14
Gestorben	73	71	244
Zusammen	199	167	366
Verblieben am 30. Sept. 1910	881	1114	1995

Es wurden also 4,150% der Gesamtsumme der Verpflegten geheilt, 6,146% starben.

Auf je 200 Kranke kommt 1 Arzt.

Der Direktor erhält nebst freier Wohnung und Emolumenten 4000 Dollars = 20000 K. Gehalt. Der Pathologische Anatom oder Prosektor, der erste Assistent = Primararzt und Direktorstellvertreter bekommen je 1500 (= 7500 K.), die Assistenzärzte je 1200 Dollars (= 6000 K.) nebst freier komfortabler Wohnung, Verpflegung, freier Benutzung der Wagen und Bezug von allen in der Anstalt zur Verwendung gelangenden Artikeln, Waren zu a limine Preisen für sich und ihre Familien. Jeder Arzt hat Anspruch auf einen vier- bis sechswöchigen Erholungsurlaub.

Eine Pflegeperson kommt auf sechs Kranke. Die Bezahlung, Urlaube, Kurse sind denen der übrigen amerikanischen Anstalten gleich.

Die Kosten der Behandlung im verflossenen Berichtsjahre betrugen 322965,73 Doll. oder 175,26 Doll. pro Kopf und Jahr.

Besonders erwähnenswert sind die wissenschaftlichen Institute der Anstalt, das pathologische Laboratorium und das Lazarett, welche auch heuer von der medizinischen Fakultät von Indianopolis zu Lehrzwecken verwendet wurden.

Zahlreiche gut gearbeitete statistische Tabellen gewähren einen tiefen Einblick in die Behandlung der Kranken und die Administration der vorzüglich geleiteten Anstalt Edenharters.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— L'aliénation mentale cause de Divorce par Maurice Viollette, député.

Die Abgeordneten Colin und Viollette haben der französischen Deputiertenkammer Gesetzentwürfe unterbreitet, welche die Ehescheidung bei Geisteskrankheit ermöglichen wollen. Die Gazette médicale de Paris stellt die Entwürfe zur Diskussion und gibt in der Nummer vom 1. März Herrn Viollette selbst das Wort. Wir entnehmen seinen Ausführungen, daß die Gerichte bestrebt sind, die Härten des bestehenden Rechts nach Möglichkeit zu mildern. Wenn z. B. die Geistesstörung Folge von Exzessen in Baccho oder Venere ist, so läßt die Rechtsprechung die Ehescheidung zu, indem sie weniger die Tatsache der Geisteskrankheit, als das in den Umständen, welche sie herbeigeführt haben, liegende Unrecht gegen den andern Teil in Betracht zieht. Das Appellationsgericht Bordeaux erklärt die Untersuchung für berechtigt, ob ein Individuum, welches zwar nicht in eine Anstalt gehört, aber gefährlich genug ist, das gemeinsame Leben unmöglich zu machen, noch eine gewisse Willensfreiheit besitzt, welche zu entscheiden erlaubt, ob der Beklagte seine Leidenschaft und sein Temperament nicht genügend hat bekämpfen wollen. Ein Gericht des Seinedepartements hat entschieden, daß der aus der Anstalt entlassene Geisteskranke als genesen anzusehen sei und daß schwere Vergehen gegen den anderen Teil diesen berechtigen, die Trennung der Ehe zu verlangen.

Herr Viollette ist der Ansicht, daß eine Krankheit, möge sie in noch so abstoßender Form auftreten, an sich nicht der Grund zur Ehescheidung sein könne; die Krankheit gehöre eben zum Risiko der Eheschließung. Der Geisteskrankheit will er jedoch eine andere Stellung zugewiesen haben, weil sie die Persölichkeit aufhebe oder verändere. Es sei nicht mehr die Person vorhanden, mit der die Ehe eingegangen sei, sondern eine neue, fremde, selbst feindliche Individualität oder nur ein automatischer Rest. Die unheilbare Geisteskrankheit bedinge in sich selbst einen Bruch der Ehe.

Herr Viollette will jedoch Ausnahmen gemacht sehen, einmal bei organischen Hirnkrankheiten, auch der Paralyse. Er vergleicht den gelähmten Dementen mehr einem gewöhnlichen Kranken, als einem Geistesgestörten. (Auch bei uns dürfte Ehescheidung bei Paralyse infolge der dreijährigen Frist wohl eine Seltenheit sein.)

Auch die Dementia senilis soll nicht den Grund zur Trennung der Ehe abgeben. Die Dementia senilis gehöre ebenso zum Risiko der Ehe, wie die körperliche Erkrankung. In den Fällen, in welchen die Geisteskrankheit im Gefolge des Greisenalters (nicht etwa nur als Folge) auftrete, sei daher die Ehescheidung nicht zu gestatten.

Ransohoff-Stephansfeld.

— Steinhausen, F. A., Nervensystem und Insolation. Berlin, 1910, Verlag August Hirschwald.

Gestützt auf 504 zum Teil eigene Beobachtungen gibt Verf. eine eingehende Schilderung des klinischen Verlaufes der kalorischen Erkrankungen unter gleichzeitiger kritischer Besprechung von der bisherigen Auffassung einzelner Krankheitserscheinungen. Besonders eingehend behandelt werden die Störungen von seiten des Nervensystems, wobei Verf. in Beachtenswerter Weise auf manche zum Teil wenige bekannte Folgezustände der Insolation hinweist. Hiher gehören z. B. jene Krankheitszustände, welche in ihren Symptomen eine große Ähnlichkeit mit der progressiven Paralyse haben und deshalb als Pseudoparalyse nach Insolation bezeichnet werden. Sehr entschieden tritt Verf. für die Auffassung ein, daß ein einmaliges kalorisches Trauma sehr wohl imstande ist, auch andere länger dauernde Psychosen hervorzurufen. Hervorzuheben ist, daß dem Verf. eine Trennung von Hitzschlag und Sonnenstich weder klinisch noch ätiologisch durchführbar erscheint. Einige Fingerzeige für die Beurteilung der kalorischen Erkrankungen in forensischer Hinsicht sowie im Sinne der Unfallgesetzgebung bilden den Schluß der Abhandlung.

Das Buch sei allen, welche häufiger mit den Folgeerscheinungen eines kalorischen Traumas zu tun haben, zur eingehenden Orientierung empfohlen.

Tomaschny-Treptow a. R.

— Witthauer, K., Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. Vierte Auf-

lage. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1911. 240 S.

Der von W. verfaßte Leitfaden ist mit Recht wegen seiner leichten Verständlichkeit beliebt. Die vierte Auflage bringt eine Reihe neuer Abbildungen und vor allem als willkommene Zugabe im Anhang eine kurze Übersicht über die Kranken-, Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung und eine Wiedergabe der Gesetzesbestimmungen, welche für die Krankenpflege in Betracht kommen. M.

— Seligmann, S., Augendiagnose und Kurpfuschertum. Berlin, 1910, Verlag Hermann Barsdorf.

Mit kräftigen Worten und zum Teil derbem Humor, dabei aber den streng wissenschaftlichen Boden nicht verlassend, zieht Verf., der wie kein anderer durch seine reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete hierzu berufen erscheint, gegen die Anhänger der „Augendiagnose“ zu Felde. In fesselnder Weise führt er uns in die Geheimnisse dieser „Kunst“ ein, und man könnte sich wirklich über den „unglaublichen Blödsinn“, der in dieser ganzen Lehre enthalten ist, köstlich amüsieren, wenn nicht im Hintergrunde die traurige Gewißheit stände, daß nicht bloß ungebildete, sondern auch sogen. gebildete Laien diesem „Hokuspokus“ ihre Dienste widmen und — leider ungestraft — zum Schaden ihrer Mitmenschen ausüben. Das Buch verdient weite Verbreitung, damit möglichst vielen Aufklärung über diesen Zweig des Kurpfuschertums zuteil werde.

Tomaschny-Treptow a. R.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Goddelau.** Dem Dr. Mack aus Montabaur ist am 16. d. M. eine Assistenzarztstelle an hiesiger Anstalt übertragen. Derselbe war vorher in der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch (Baden) als Assistenzarzt tätig.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 24. 9. September **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Nomenklatur der psychopathischen Grenzzustände. Von Dr. Karl Birnbaum, Berlin-Buch. (S. 230.) — Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller, Hildesheim. Schluß. (S. 232). — Mitteilungen (S. 234): Prozeß des Studenten Hagen gegen San.-Rat Dr. Weiler. Schlimme Folgen der Hetze gegen die Irrenanstalten. Aus den sächsischen Irrenanstalten. — Referate. (S. 234.) — Personalnachrichten. (S. 235). — Anstaltstechnisches (S. 235): Die „Jajag"-Ventilations-Zentralheizung.

Zur Nomenklatur der psychopathischen Grenzzustände.

Von Dr. *Karl Birnbaum*, Berlin-Buch.

Eine Diskussion über die Zweck- oder Unzweckmäßigkeit der üblichen Bezeichnungen für psychopathische Grenzzustände, die sich unlängst im Anschluß an einen von mir gehaltenen Vortrag*) erhob, gibt mir Veranlassung, mit einigen Worten auf diese Frage einzugehen, der ja durchaus nicht jede praktische Bedeutung abzusprechen ist. Denn ganz abgesehen davon, daß eine einheitlich festgelegte und durchgeführte Nomenklatur einer leichten und sicheren Verständigung zu klinischen Zwecken dient, liegt es besonders auch im Interesse des äußeren Ansehens der Psychiatrie, daß nicht durch verschiedene Benennung solcher Krankheitsformen, die eine große Rolle in der forensischen Praxis spielen und daher so vielfach die Öffentlichkeit beschäftigen, trotz tatsächlicher sachlicher Übereinstimmung der Sachverständigen der Anschein erweckt wird, als ob den verschiedenartigen Bezeichnungen Widersprüche und Gegensätze in der wissenschaftlichen Anschauung zugrunde lägen. — Die Wahl der Benennungen ist ja freilich im allgemeinen Sache der Konvention, des willkürlichen Übereinkommens; immerhin wird man aber doch gewisse Ausdrücke stets anderen gegenüber bevorzugen, wenn sie bestimmte Anforderungen erfüllen: erstens gut gebrauchsfähig, leicht verwendbar, „handlich" sind, zweitens dem Wortsinn nach zu den ihnen zugeordneten Begriffen passen und drittens in der Art ihrer Verwendung dem Sprachgebrauch entsprechen.

*) „Die strafrechtliche Beurteilung der Degenerierten". Vortrag in der erweiterten Sitzung der Berliner freien gerichtsärztl. Vereinigung am 9. Februar 1911. Ärztl. Sachverst.-Zeitung, 1911, Nr. 5.

Bekanntlich werden nun für die hier in Betracht kommenden psychopathischen Grenzzustände — und das ist wohl der richtige Ausdruck, wenn man die an der Grenze zwischen dem Normalpsychologischen und Psychopathologischen gelegenen Zustände kennzeichnen will, denn die von Pelman gewählte Bezeichnung: psychische Grenzzustände besagt doch, daß sie an der Grenze des Psychischen stehen, wo also das Psychische in ein angrenzendes Gebiet, und das könnte dann nur das Physische sein, übergeht — bekanntlich, sage ich, werden die üblichen Bezeichnungen für diese Grenzfälle im allgemeinen beliebig, ohne schärfere Differenzierung gebraucht, wenn man von einigen wenigen Autoren absieht, die wie Koch und Ziehen entsprechend der systematischen Gliederung ihrer Darstellung auch eine prägnantere und schärfer charakterisierte Bezeichnungsweise gewählt und durchgeführt haben.

Die gebräuchlicheren Ausdrücke für psychopathische Grenzzustände lassen sich nun bei aller Mannigfaltigkeit im großen und ganzen ohne viel Zwang und Künstelei in einigen wenigen Gruppen unterbringen, die etwa unter die Allgemeinbegriffe der Minderwertigkeit, der Psychopathie resp. psychopathischen Konstitution, des Degenerativen und des Hereditären zusammenzufassen gehen.

Die allgemeinste und auch wohl eingebürgertste Bezeichnung: Minderwertigkeit — so vielfach ohne jeden näheren Zusatz angewandt — besagt zunächst ja weiter nichts als eine ungünstige Abweichung von der Vollwertigkeit. Eine solch allge-

meine Benennung ist natürlich durchaus unzulänglich. Sie läßt ja offen, auf welchem Gebiete die Minderwertigkeit liegt, ob auf körperlichem, geistigem, intellektuellem, affektivem, sittlichem, sozialem, strafrechtlichem usw., um nur gerade die Gebiete zu erwähnen, auf denen sie sich bei den hier in Betracht kommenden Grenzfällen äußern kann, und auf die sie tatsächlich auch jeweils in den einzelnen konkreten Fällen bezogen wird. Ein erläuternder Hinweis auf das seelische Gebiet ist demgemäß unbedingt erforderlich, also psychische Minderwertigkeit; und da diese psychische Minderwertigkeit nun wieder bald eine physiologische sein kann, also — was hier nicht weiter interessiert — durch Alter, Geschlecht, Rasse etc. bedingt; oder aber, was uns hier allein angeht, eine pathologische, so gehört noch ein weiterer entsprechender Zusatz hinzu, und damit kommen wir von selbst auf den Kochschen Ausdruck der pathologisch-psychischen, der psychopathischen Minderwertigkeit. Diese zerfällt ohne weiteres in eine im Leben erst entstandene, zumeist erworbene, und eine von vornherein bestehende, angeborene, oder besser, weil vom Äußerlichen auf das Wesentliche hinweisend, eine in der Anlage gegebene: konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit; mit welch letzterem Ausdruck, wie mir scheint, ein wichtiger Hauptbegriff seine charakteristische Benennung findet.*)

Der Ausdruck psychopathische Minderwertigkeit erscheint mir nun aus mehr als einem Grunde recht brauchbar; er ist vor allem eingebürgert, jeder weiß daher, was damit gemeint ist, und er ist zudem in weitgehendstem Maße durch erweiternde und einschränkende Zusätze zu Spezialbezeichnungen aller Art verwendungsfähig. Der einzige Nachteil, der ihm anhaftet, daß er ein vom naturwissenschaftlichen Standpunkt verwerfliches Werturteil abgibt (welches übrigens biologisch betrachtet richtig ist), kommt einem zudem, weil allmählich durch den Gebrauch verwischt, gar nicht mehr recht zum Bewußtsein.

Der Kochschen Bezeichnung: psychopathische Minderwertigkeit steht die Ziehensche: psychopathische Konstitution nahe. Sie teilt mit der Kochschen den Vorzug der weitgehenden Verwendbarkeit durch entsprechende erläuternde Zusätze, sie ist insofern glücklicher gewählt als diese, als sie an Stelle des Werturteils eine Kennzeichnung des psychischen Allgemeinzustandes zu geben sucht. Wenn ich trotzdem meine, die Bezeichnung psychopathische Minderwertigkeit der der psychopathischen Konstitution, die naturgemäß bei der großen Autorität Ziehens gleichfalls weite Verbreitung gefunden hat, vorziehen zu sollen, so hat das verschiedene Gründe. Einmal wird der Ausdruck Konstitution sehr weit gefaßt — er umfaßt ja alle funktionellen psychischen Krankheitszustände mit leichten Symptomen auf intellektuellem wie affektivem Gebiete — und dadurch zum Teil in einem Sinne gebraucht, der sonst wenig üblich ist; Ziehen spricht z. B. von einer psychopathischen Konstitution der Chorea; sodann geht durch diesen Gebrauch des Wortes das meines Erachtens gerade bei den Grenzfällen besonders hervorzuhebende Moment des Konstitutionellen für die Nomenklatur verloren.

Des weiteren findet sich als üblicher Ausdruck für diese Grenzzustände der ganz allgemein gehaltene: Psychopathie (psychische Krankhaftigkeit); in dieser allgemeinen Fassung doch gar zu nichtssagend und daher abzulehnen. Dagegen halte ich die bestimmtere Bezeichnung: konstitutionelle Psychopathie ihrer Kürze wegen für brauchbar als Ersatz für das schwerfällige: konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit, womit es sich ja deckt. Gleichfalls kurz und gut verwendbar ist die damit zusammenhängende Benennung: Psychopath für Individuen mit konstitutionellen psychopathischen Zügen, und die ähnlich gebildete: psychopathische Persönlichkeit in dem Sinne, wie ich sie in meinem gleichnamigen Buche definiert habe, als Bezeichnung für Individuen mit speziell pathologisch angelegtem Persönlichkeitskomplex, mit pathologischer Charakterveranlagung.

Als dritte Bezeichnungsgruppe käme dann die völlig anders hergeholte, mit dem Moment des Degenerativen zusammenhängende in Betracht;

*) Nun noch weiter in den Benennungen zu gehen, wie Koch es tut, und von flüchtigen (in Minuten ablaufenden!) psychopathischen Minderwertigkeiten u. dergl. zu sprechen, halte ich für um so unzweckmäßiger, als man mit der Bezeichnung Minderwertigkeit eigentlich die Vorstellung von etwas habituellem, der Person als Eigenschaft anhaftendem verbindet, ganz gleich, ob diese Eigentümlichkeit nun dauernd manifest ist oder gewöhnlich latent und nur zeitweise hervortritt. Auch von den weiteren Bezeichnungen, die Koch in seiner übergroßen Neigung zu schematischer Einteilung gegeben hat — psychopathische Disposition, Belastung, Degeneration —, kann hier abgesehen werden; sie haben sich in dem Sinne, wie er sie verwendet, nicht eingebürgert, sondern werden zum Teil, soweit sie überhaupt Verwendung finden, in ganz anderem, viel näher liegendem Sinne gebraucht, und das rechtfertigt es schon, sie nicht noch einmal aufzunehmen und ihnen eine weitere Bedeutung unterzulegen. Übrigens ist eine solche scharfe Scheidung der in Betracht kommenden Erscheinungen, wie sie Koch mit diesen Ausdrücken geben wollte, in den meisten Fällen gar nicht durchzuführen, weil sie eben künstlich ist.

eine Benennungsweise, welche die pathologische Grundlage, die krankhafte Abartung vom normalen Typus betont. Meines Erachtens wäre eine vom Degenerativen abgeleitete und einheitlich darauf aufgebaute Nomenklatur jeder anderen ohne weiteres vorzuziehen, wenn nur klinisch wissenschaftliche Gesichtspunkte dafür maßgebend wären; denn sie allein weist auf das Wesentliche, den Kern und die Grundlage der Zustände hin.*) Aber auch so erscheinen mir gewisse, mit der Bezeichnung degenerativ zusammenhängende Ausdrücke nicht gut entbehrlich. Zunächst die Bezeichnung: degenerative Krankheitszustände, die freilich nicht bloß die auf dem Boden der Entartung erwachsenen „leichteren" Grenzfälle, sondern auch die davon stammenden ausgeprägten Krankheitsformen umfaßt, weil ja der Ausdruck „degenerativ" nichts über Grad und Stärke der krankhaften Abweichungen besagt. Nun ist aber gerade eine Bezeichnung durchaus notwendig, die diese auf konstitutionell psychopathischem Boden erwachsenen und daher eng zusammengehörigen leichteren und schwereren Krankheitsformen gleichzeitig umfaßt und die Benennung Psychopathie, die vielleicht dafür noch in Betracht käme, wird doch nun einmal gewöhnlich nur für die leichteren gebraucht. — Auch der außerdem gebräuchliche Ausdruck: Degenerierte für Individuen mit konstitutionellen geistigen und körperlichen Abweichungen dürfte beizubehalten sein, da ja für diese praktisch wichtige Gruppe keine weitere Spezialbezeichnung existiert.

*) Selbstverständlich ist es eine ganz andere Frage, ob es überhaupt berechtigt ist, von degenerativen Krankheitserscheinungen als selbständigen Krankheitsformen zu sprechen; das hat ja mit der Benennung nichts mehr zu tun, sondern ist eine rein klinische Sache.

Es bleiben schließlich noch einige Ausdrücke zu erwähnen, die sich kurz abtun lassen, weil sie glatt abgelehnt werden können. Alles was an Benennungen mit dem Hereditären zusammenhängt: hereditäre Neurose, hereditäres Irresein, Hereditarier, erblich Belastete u. dergl. kommt für eine allgemeine Verwertung überhaupt nicht in Frage, weil es unzureichend ist, indem es durch diese Art der Heraushebung fälschlicherweise Heredität als unentbehrliches Charakteristikum dieser konstitutionellen Psychopathien hinstellt; und ebenso scheiden die noch übrigbleibenden Spezialbezeichnungen für Degenerierte: Desequilibrierte, Instable usw. aus, weil sie ja nur eine einzelne, manchmal allerdings recht charakteristische psychische Besonderheit herausheben.

Wie man sieht, eine ausreichend große, ja übergroße Zahl von Bezeichnungen für die gleichen Begriffe. Sie sind freilich nicht identisch, decken sich nicht völlig, sondern haben vielmehr, weil von den verschiedensten Gesichtspunkten, vom klinischen, biologischen, Wertstandpunkt u. dergl., her gewonnen, jede ihre besondere Färbung und Nuance. Entsprechend dieser Einseitigkeit des gewählten Standpunktes hat auch jede Bezeichnungsgruppe ihre Vorzüge und Nachteile, die kurz herauszuheben vorher schon versucht wurde. Eben deshalb erscheint auch eine einheitlich abgeleitete und durchgeführte Nomenklatur schon von vornherein nicht besonders zweckmäßig, weil eben eine ideale, d. h. allen Ansprüchen gleichzeitig genügende Bezeichnungsweise überhaupt

Psychische Minderwertigkeit

- physiologische
- pathologische **(psychopathische Minderwertigkeit)**
  - erworbene
  - **konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit** (oder kürzer und daher besser) **konstitutionelle Psychopathie**
    - **degenerative Krankheitsformen** (leichtere „Grenz-" und (freilich auch) ausgeprägtere Krankheitszustände auf konstitutionell-psychopathischem Boden)
    - **Degenerierte** (Individuen mit konstitutionellen körperlichen und psychischen Anomalien)
    - **Psychopathen** (Individuen mit konstitutionellen psychischen Anomalien)
    - **Psychopathische Persönlichkeiten** (Individuen mit abnormer Charakteranlage)

nicht existiert, und das richtigste dürfte demnach eine Art Kompromißnomenklatur sein, die aus all den bestehenden die jeweils gebräuchlichsten, treffendsten und praktisch verwendbarsten Spezialbezeichnungen heraussucht und für ihre Zwecke verwertet.

Wenn ich zum Schluß kurz noch einmal die Bezeichnungen zusammenstelle, die mir aus den oben angegebenen Gründen den erwähnten Anforderungen am ehesten zu entsprechen scheinen, so ergibt sich etwa vorstehende Aufstellung, die freilich lediglich praktischen Bedürfnissen dienen will und daher keinen Anspruch auf streng logische Gliederung macht.

Ob und wie die degenerativen Krankheitsformen, die Degenerierten, Psychopathen, psychopathischen Persönlichkeiten noch wieder weiter einzuteilen und zu benennen sind, diese Frage bietet im wesentlichen nur noch klinisches Interesse.

Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Schluß.)

Zu den Verordnungen, die man heutzutage nicht mehr gibt, gehörte auch in geeigneten oder nach unseren Anschauungen ganz ungeeigneten Fällen das Heiraten.

So verordnete man diese Medizin 1783 bei Jürgen Schultze, der zuweilen seiner Sinne nicht mächtig und dann zum Arbeiten ganz ungeschickt war. „Die Merkmahle seiner Verwirrung sind eine sich nach und nach annehmende Unruhe. Der Pulß war ungemein langsahm und klein, die gewöhnlichen Exkretionen gingen vor sich. Als er sich in ein Haus schlich und einen schreckhaften Unfug verübte, sprach man ihn vom Heyraten und nun suchte er nach Persohnen des zweyten Geschlechtes." Das hinderte aber nicht, daß er viermal nach Celle kam.

Den Wert einer zielbewußten Beschäftigung schätzte man schon damals hoch, wenn man eine systematische Arbeitstherapie auch nur in der Anstalt für durchführbar hielt,

> „er muß in die Anstalt, wo man mehr Freiheit und Zerstreuung durch schickliche Arbeit gewähret."

Man wird allerdings den Verzicht auf die Beschäftigung verstehen, wenn man die Schicksale des Epileptikers Kracke aus Sehnde verfolgt, der wegen zunehmenden Blödsinns vom Regiment entlassen werden mußte. Da er, „wenn seine Seele nicht verstimmt war", alle Arbeiten leisten konnte, machte man ihn „obgleich vollgewachsen" zum Gänsejungen. Als er alle Gänse totgeschlagen hatte, stellte man ihn als Pfänder und Nachtwächter an. Als er auch als solcher viele Unordnungen anrichtete und sogar Feuer anzulegen versuchte, überließ man dem Tollhause in Celle die weitere Ausnutzung seiner Arbeitskraft.

Nebenher wurden auch die Bäder und Brunnen gebraucht. So lesen wir gelegentlich, daß ein Kranker in Meyenburg das Bad und drei Jahre in Pyrmont das Bad und den Brunnen gebrauchet habe.

Eine etwas eigenartige Unterbringungsmethode war die „Hollandgeherei". Wie jetzt bei uns die Sachsengänger die fehlenden landwirtschaftlichen Arbeitskräfte ersetzen müssen, so zogen damals die landwirtschaftlichen Arbeiter nach Holland, wo sie gut bezahlt wurden, und kehrten im Herbste wieder zurück. Ihnen gab man ab und zu minderwertige Elemente mit, wahrscheinlich in der dumpfen Hoffnung, sie würden dort auf irgendeine Weise abhanden kommen und den Gemeindesäckel entlasten:

> „Zur Beschäftigung und Zerstreuung hat er die gewöhnliche Reise nach Holland in die Arbeit unter Aufsicht seiner ihn begleitenden Landsleute machen müssen, ist auch in Holland aus Mitleid in Arbeit genommen, zu deren Verrichtung er jedoch nur durch Drohungen und Hunger hat gezwungen werden können. Trotzdem zeigte sich sein Wahnsinn in unvernünftiger Begegnung der Frau und die mörderische Behandlung seiner Frau verdient, daß er zeitlebens im Zuchthauße geblieben wäre."

Meist begnügte man sich, so lange die Kranken nicht dem Tollhause überwiesen wurden, mit der psychiatrischen Kunst der praktischen Ärzte und Landphysici. Auch die Militärärzte leisteten auf psychiatrischem Gebiete, was sie konnten.

Die Anne Marie Roepken aus Lüchow behielt man länger zu Hause, weil der Regimentschirurgus löblichen Leibkavallerie-Regiments viele Hoffnung gemacht hatte, die unglückliche Person zu kurieren.

> Er hat zwar so viel gewürket, daß sie keine Anfälle von einer Wuht und Heftigkeit nicht hat, doch ist sie oft besonders um die Zeit des vollen Mondes ihres Verstandes beraubt und es ist gefärlich, sie in Freyheit zu setzen.

Und so erging die receptorische Ordre, sie wahnsinnshalber zu dem Gewahrsam des Zuchthauses aufzunehmen.

Hatte man noch keine Lust, es mit Celle zu ver-

suchen, dann konsultierte man, so man brav Geld hatte, die Autoritäten in Göttingen. So zog Egestorf „extra“ in die Gegend von Göttingen, um die Hilfe des Direktors des Königlichen Klinici, Professor Osiander in Anspruch zu nehmen.

Lieber aber versuchte man es noch einmal mit den Kurpfuschern, an denen schon damals nicht der geringste Mangel war.

Vergebens rieten schon damals die Ärzte davon ab:

„Die Verwandten wollten ihn zu sich nehmen, damit er unter der Cur eines dortigen Quacksalbers bald genesen könne — aber man soll ihn doch nicht den Händen eines unverständigen Pfuschers in der Arzneikunde Preis geben, wobei seine gefesselte Lage fortdauern würde.“

Vergebens klagten auch die Ärzte, daß von den Apothekern die Kuren nach den älteren Rezepten vorgenommen würden, „das kann aber doch nur bei dem stillen Wahnsinn helfen.

Allenfalls fand man sich noch damit ab, daß die Puerperalpsychosen bei den Bademüttern in Behandlung gegeben wurden.

Aber für ganz und gar nicht angebracht hielt man es, daß man sich selbst Medizin aus der Stadt holte oder sie von den „Herumträgers“ kaufte. Die Hausierer scheinen demnach sich auch als psychiatrische Kurpfuscher betätigt zu haben.

Auch sonst kehret oft die erschütternde Klage wieder:

„Ihm sind nach der Bauernsweise von alten Weibern und viel versprechenden Charlatans viele Mittel gebrauchet worden, welche seinem Vater das Vermögen geschwächet, dem Sohne aber nicht ersprießlich gewesen.“

„Ich habe zuerst den Scharfrichter zu Elze dazu gebrauchet, nachher einen berühmten Müller bei Harburg, nachher den Regimentschirurgen, deren Mittel aber gar nicht angeschlagen. Dann sagte schließlich der Pastor Meyer: Artzney würde bei dem unglücklichen Menschen wohl nicht anschlagen, der Vater solle ihm nur mit gutem Exempel vorangehen.“

Einen besonderen Ruf hatte der Amtmann Schnurbusch in Steinbrügge, der sympathische Mittel gab, der Apotheker Rauch in Eldagsen und der Schulmeister zu Daegum, der die Hallische Medizin verabfolgte.

Es muß leider zugegeben werden, daß diese Kurpfuscher auch günstige Resultate hatten:

„Nachdem, wie sie gestehen müssen, sie den Pferdearzt Fritze in Suderburg, dessen Brechmittel von Würkung gewesen, auch die Paters in einem Closter zu Peine für ein ihnen gegebenes Pfund Talglichter gebraucht, scheint er sich etwas zu bessern.“

Aber sonst wurde vor den schädlichen Wirkungen einer solchen Behandlung gewarnt.

Als der Klostermüller in Lübeck Tropfen und Pulver verschrieben hatte, erhub der Chirurgus seine mahnende Stimme:

„Unstreitig war der Gebrauch des schädlichen Öhls bei den reißenden Schmerzen im Fuße und eine dadurch bewürkte Zurücktretung und Versetzung der scharfen Materie die nächste und einzige Veranlassung zu dem Unglücke dieses Menschen.“

Am häufigsten wurde der Müller Heine zu Barnstorf im Amte Harburg konsultiert, der sich mit dergleichen Kuren abgab.

Daß man ihm die schwersten Fälle anvertraute, beweist die Krankengeschichte des Peter Vinx aus Winsen a. d. Luhe.

Die erste Ursache seiner Krankheit bestand in einem vor mehreren Jahren gehabten Schrecken. Die zweite Ursache ist eine übel kurierte Krätze, da die Materia peccans durch Schmiereyen in den Körper gejaget worden ist. Obgleich er später kuriert worden ist, hat er doch beständig über anxietatibus praecordialibus und einen Schmerz in den Hypochondricis geklaget. Wenn er die Schrullen bekommt, wird er ganz unvernünftig und beinahe wütend, so daß vier bis fünf Kerls ihn nicht halten können, er hat Fenster kaput geschmissen, so daß man ihn an Händen und Füßen binden mußte.

Dr. Närtinger bescheinigte: die Krankheit besteht in einem delirio melancholico, welches aber mit einem furore verknüpft ist, er ist geruhig, wenn aber die anxietates praecordiales sich einstellen, fängt er mit der größten Wuth an zu toben.

Selbst diesen gefährlichen Kranken überwies man dem Barnstorfer Müller, der ihm Tropfen und Pulver gab, welches auch einigen Effect zu thun geschienen.

Allerdings hinderte auch diese glückliche Cur nicht, daß er dreimal nach Celle wanderte und der zünftigen und konzessionierten Psychiatrie überantwortet wurde.

Leider müssen wir der Wahrheit gemäß berichten, daß auch diese trotz aller Wissenschaft nicht zu verhüten vermochte, daß er nach seinen Entlassungen „seiner Ehefrau hart begegnete und wo er brennliche Sachen vorfand, ein Feuer anlegte“.

Mitteilungen.

— In dem **Prozeß** des Studenten **Hagen** oder vielmehr dessen Vertreters, Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried, gegen Sanitätsrat Dr. **Weiler** wegen widerrechtlicher Festhaltung Hagens in der Anstalt hat die 3. Ferienzivilkammer des Landgerichts III zu Charlottenburg am 4. September folgendes Urteil gefällt:

„Das Gericht hat es für notwendig gefunden, vor allen Dingen in die Frage einzutreten, ob der Kläger, der zurzeit in der Westender Anstalt internierte Student der Rechte Hermann Hagen, prozeßfähig ist. Das Gericht ist zu der Auffassung gelangt, daß Hagen zurzeit als geisteskrank zu betrachten und daher nicht prozeßfähig ist. Die Klage mußte aus diesen Gründen abgewiesen werden."

Die Gerichtsverhandlung, über welche hier noch berichtet werden wird, hat neben dem von allen Fachkollegen vorausgesehenen Erfolg des Sanitätsrats Dr. Weiler den nicht zu unterschätzenden Nutzen gehabt, daß das Publikum über die Tätigkeit des Dr. Ehrenfried auf dem Gebiete der sogenannten Reform des Irrenwesens einmal die richtige Aufklärung erhalten hat. Denn die Propaganda, welche für die Bestrebungen Ehrenfrieds unter immer wiederkehrender und lauter werdender Betonung seiner angeblichen Verdienstlichkeit seit Monaten in einem Teil der Presse gemacht worden ist, hat nicht nur in die Bevölkerung, sondern auch in den Frieden mancher Anstalt ein gut Teil Beunruhigung getragen. Schon wieder geht durch die Presse die Alarmnachricht über eine „Irrenhausaffaire", in der eine angeblich widerrechtlich und als geistig gesund interniert gewesene Person ihren Rechtsschutz bei Ehrenfried finden zu können glaubt. Wir kommen auch auf diesen sich in Hessen abspielenden Fall zurück.

— Prof. Dr. Liepmann, Arzt an der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin, illustriert sehr zeitgemäß **die schlimmen Folgen der Hetze gegen die Irrenanstalten** durch nachstehenden von ihm im Berliner Lokal-Anzeiger vom 2. IX. 1911 veröffentlichten Fall.

„Welche Früchte die aufreizenden Angriffe gegen Irrenhäuser und Irrenärzte, die in letzter Zeit von verschiedenen Seiten erhoben wurden, tragen, darauf wirft der nachfolgende Brief ein grelles Schlaglicht. Er stammt von der unglücklichen Frau K., die sich vor einigen Tagen erhängt hat. Sie, die schon ein geistesschwaches Kind hatte, ließ vor einigen Wochen ihren gemütskranken Mann auf den Rat des Armenarztes und mit seinem eigenen vollen Einverständnis in die Irrenanstalt Dalldorf aufnehmen. Zwei Tage vor ihrem tragischen Ende schrieb sie dem mit der Behandlung ihres Mannes betrauten Dalldorfer Oberarzt. Der Brief wurde jedoch nicht rechtzeitig abgesandt und kam leider erst nach ihrem Tode in die Hände des betreffenden Oberarztes. Das vom 26. d. M. datierte Schreiben lautet wie folgt:

„Sehr geehrter Herr Professor! Bitte entlassen Sie, wenn es irgend möglich ist, noch heute meinen Mann aus der Irrenanstalt, da es mir nicht mehr möglich ist, meine Wohnung zu verlassen, da die Mieter in dem Hause, wo ich wohne, mich alle schlagen wollen, weil ich meinen Mann habe dort hingehen lassen. Also bitte ich nochmals, mir meinen Mann so schnell wie möglich nach Hause zu schicken, sonst bin ich gezwungen, mir das Leben zu nehmen, da ich keinen Schutz habe gegen diese Menschen. Selbst der Herr Verwalter kann nichts machen dagegen.

Hochachtungsvoll Frau . . . . .

Den Unterstützungsschein lege ich bei."

— **Aus den Kgl. sächsischen Irrenanstalten.** Nach dem Bericht des Landesmedizinalkollegiums befanden sich in den sechs Landesanstalten für Pflege und Heilung von Geisteskranken, nämlich in Großschweidnitz, Sonnenstein, Colditz, Hubertusburg, Zschadraß und Untergöltzsch, im Jahre 1910 4299 Betten und wurden 2383 männliche sowie 2741 weibliche Personen in 745 279 bezw. 882 824 Verpflegetagen verpflegt. Unter diesen Kranken befanden sich neben den eigentlichen Geisteskranken noch 9 Alkoholiker und 8 Nervenkranke, ebenso wurde bei 333 Zugegangenen Erblichkeit und bei 45 Alkoholmißbrauch nachgewiesen. 31 Zugegangene standen in einem Alter von unter 16 Jahren. In den einzelnen Anstalten zählte man Verpflegte: Großschweidnitz 642, Sonnenstein 772, Colditz 627, Hubertusburg 1713, Zschadraß 638 und Untergöltzsch 732. Von den in diesen sechs Landesanstalten Verpflegten verstarben insgesamt 253, und zwar 148 männliche und 105 weibliche, oder es kamen auf je 100 Verpflegte 4,94% Gestorbene, darunter 6,21% männliche und 3,23% weibliche. Außerdem wurden noch 27 männliche und 4 weibliche Personen aufgenommen, die als „Nichtgeisteskranke" anzusehen waren. In den sächsischen Privatanstalten Heilanstalt Lindenhof bei Neucoswig, Kurhaus Sanitas in Tharandt, Pflegeanstalt in Leipzig-Möckern, Nervenanstalt in Oberholz, Heilanstalt in Prödel und Sanatorium in Elsterberg betrug die Zahl der Verpflegten im Jahre 1910 595. Unter diesen befanden sich 301 Geisteskranke, 32 Alkoholiker und 262 Nervenkranke. Auffällig ist die Zunahme der Verpflegten in den Privatanstalten gegen 1909. In diesem Jahre betrug die Zahl der Kranken nur 470. In den Anstalten für Universitäts-Lehrzwecke, in der psychiatrischen und Nervenklinik zu Leipzig befanden sich im Jahre 1910 1088 Kranke, darunter 767 Geisteskranke, 174 Alkoholiker und 147 Nervenkranke gegen 1036 im Jahre 1909.

Referate.

— Bechterew, Die Funktionen der Nervencentra. Viertes Heft: Kleinhirn, Mittelhirn, Zwischenhirn und subkortikale Ganglien. Mit 141 Abbildungen Jena, Fischer, 1909. 643 S.

Der Titel besagt schon hinreichend das verarbeitete Material. Verf. war ganz der Mann, die schwere Materie zu bemeistern, da er selbst gerade so viel in der feineren Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems gearbeitet hat und auch eine große klinische Erfahrung besitzt. Seine Beschreibungen sind überall klar, die Versuchsanordnungen bei seinen Experimenten ausgezeichnet und überall wird die Literatur eingehend berücksichtigt. So wird denn sein Werk noch lange für den Studierenden einen trefflichen Wegweiser abgeben. Die Übersetzung liest sich glatt, die Bilder sind schön, wie auch die Schemata klar. Wie genau alles abgehandelt wird, sieht man z. B. daraus, daß dem Kleinhirn allein ca. 200 Seiten gewidmet sind. Es ist schwer, einzelnes aus dem überreichen Inhalte herauszuholen. Der Labyrinthbogen und die tiefen Regionen des dritten Ventrikels sind nach B. bei Mensch und Tier sehr wichtig für die Funktion der statischen Koordination, und zwischen ihnen und den übrigen peripheren Organen der statischen Koordinationen bestehen funktionelle Wechselwirkungen. Das Kleinhirn selbst bildet ein Organ sui generis, mit eigenem zentripetalen und -fugalen Leitebogen, dessen Grundfunktion auf die statische Koordination gerichtet ist. Näcke.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Illenau.** Geheimer Rat Professor Dr. Schüle wurde unterm 24. August zum Ehrenmitglied des badischen Staatsärztlichen Vereins ernannt.

Anstaltstechnisches.

— **Die „Jajag"-Ventilations-Zentral-Heizung.** Nachdem das Luftheizungssystem durch viele Jahrzehnte — nebenbei erwähnt unrichtigerweise — vernachlässigt worden ist, scheint es jetzt wieder zur Anerkennung zu kommen. Die Mängel, die dem alten deutschen Luftheizungssystem anhingen, sind schon seit langem von den Amerikanern beseitigt und man fängt jetzt in Deutschland an, Luftheizungen nach dem amerikanischen verbesserten System, insbesondere für Villen und Einfamilienhäuser, Kirchen und Säle zu bevorzugen. Wir fassen die Vorzüge dieses Heizsystems kurz wie folgt zusammen. Der Ofen ist aus Schmiedeeisen und die Warmluftleitungen sind aus doppelt gefalzten und im fertigen Zustande verzinkten Rohren gebildet. Man hat der Luftheizung früher vorgeworfen, daß sie die Luft „trocken" mache. Heute sind Autoritäten, wie Nußbaum, Flügge etc. der Meinung, daß ein niedriger Feuchtigkeitsgrad von etwa 30 bis 40° innerhalb geschlossener Räume den Vorzug verdient. Nußbaum hat aber auch inzwischen nachgewiesen, daß Straßenstaub schon bei Wärmegraden, die zwischen 60 und 70° C liegen, in Zersetzung übergeht, sofern die relative Feuchtigkeit mehr als 60% beträgt. Es ist bekannt, daß Luft in wasser- oder dampf-zentralgeheizten Räumen vielfach 60% und mehr Feuchtigkeit enthält und daß die Heizkörper meist einen Wärmegrad von über 60% aufweisen. Es ist auch nicht zu leugnen, daß in die wasser- oder dampf-zentralgeheizten Räume, mangels einer besonderen Ventilationsanlage meist mit Straßenstaub gemischte Luft eintritt. Nach den neueren wissenschaftlichen Ergebnissen liegen also die Verhältnisse für eine gute Luftheizung außerordentlich günstig; denn es könnten von anderen Heizungsarten nur noch die Warmwasser- oder Dampfluftheizung mit ihr konkurrieren. Diese Konkurrenz ist allerdings ungleich, denn selbstverständlicherweise ist die Feuerluftheizung immer noch ganz erheblich billiger als die Zentral-Warmwasser- oder Dampfluftheizung. — Der Preis stellt sich sogar um 10 bis 20% niedriger als der einer gewöhnlichen Warmwasser- oder Dampf-Heizung. Die Firma J. A. John, Akt.-Ges. Erfurt-Ilversgehofen, steht Interessenten mit weiteren Details gern zur Verfügung

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgende Seite.

// Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 25. 16. September **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus 1811 bis 1911. Von Medizinalrat Dr. Alter, Direktor. (S. 237.) — Mitteilungen (S. 251): Dr. Ehrenfrieds neuester „Fall". — Personalnachrichten (S. 253.) — Therapeutisches (S. 253): Zur Frage der Salvarsanwirkung (Ehrlich) aufs Auge.

Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus 1811 bis 1911.

Von Medizinalrat Dr. *Alter*, Direktor.

Die Lippische Staatsirrenanstalt Lindenhaus begeht in diesem Monat die Feier eines hundertjährigen Bestehens: am 23. September 1811 ist das „Irrenhaus zu Brake", das zur öffentlichen und ausschließlichen Fürsorge für Geisteskranke gegründet war, mit der Aufnahme von je vier geisteskranken Männern und Frauen eröffnet worden.

Die Gründung dieses Irrenhauses, die bei den kleinen Verhältnissen des Fürstentums und der schweren Not jener Zeit ein Ruhmesblatt kleinstaatlicher Wohlfahrtspflege darstellt, war das eigenste Werk der Fürstin Pauline zur Lippe, einer geborenen Prinzessin von Anhalt-Bernburg, die in den Jahren 1802 bis 1820 für ihren minderjährigen Sohn die Regierung des Fürstentums geführt hat.

Die Fürstin war eine durch Klugheit und Güte ausgezeichnete Frau; sie verband mit einer politischen Einsicht, die Napoleon und Talleyrand bewundert haben, einen eminenten Sinn für das Zweckmäßige und Erreichbare und ein hochherziges Bewußtsein sozialer Verpflichtung: sie hat für ihr Volk und ihr Land eine so großartige humanitäre Fürsorge angestrebt, daß ihre Ziele selbst durch die Leistungen unserer Zeit noch nicht erreicht worden sind.

Dieses humanitäre Programm der Fürstin enthielt an erster Stelle die Grundlinien einer umfassenden Fürsorge für die im Lande vorhandenen Geisteskranken und Geistesschwachen, die damals auch in Lippe als „die bedauernswertesten unter den Leidenden" gelten mußten: sie konnten nur in den Gefängnissen und im Zuchthause Aufnahme finden.

Der klare Verstand der Fürstin ist zur Abhilfe dieses Notstandes sofort den richtigen Weg gegangen: das erste Ziel ihrer Fürsorgetätigkeit wurde die Errichtung eines „zweckmäßigen, vernünftig eingerichteten Irrenhauses".

Am 30. Oktober 1803 beauftragte sie ihren ärztlichen Ratgeber, den obersten Medizinalbeamten des Landes, mit den allgemeinen Vorarbeiten und der speziellen Erwägung, ob es angängig sei, die alte herrschaftliche Burg in Horn in ein Irrenhaus zu verwandeln. Am gleichen Tage befahl sie die Veröffentlichung einer von ihr selbst niedergeschriebenen „Aufforderung und Bitte an alle guten und wohltätigen Bewohner des Landes", die eine allgemeine Landeskollekte zur Gründung eines „Verwahrungs- und Genesungshauses für die Wahnsinnigen des Landes" anregte. Der Ertrag der Kollekte war so groß, daß daraus später nicht nur die Kosten der ersten Einrichtung, sondern auch noch jahrelang alle Ergänzungen des Inventars der Anstalt bestritten werden konnten: zur Gründung der Anstalt war die aufgebrachte Summe jedoch bei weitem nicht genügend.

Aber die Fürstin ließ sich dadurch ebenso wenig entmutigen wie durch andere Schwierigkeiten, die ihrem Werk entgegentraten.

Als die Burg in Horn sich für die Zwecke des Irrenhauses ungeeignet erwies, löste die Fürstin die Platzfrage kurz und endgültig dadurch, daß sie einige Nebengebäude des Fürstlichen Schlosses zu Brake als Schenkung zur Verfügung stellte und die erforderlichen Grundstücke als Erbpacht vom Fürstlichen Domanium abtrennte. Und als die Stände des Fürstentums jeden Beitrag für den Ausbau dieser Gebäude und für die Erhaltung der Irrenanstalt verweigerten, übernahm die Regentin auch die

Bereitstellung aller erforderlichen Mittel. Zur Aufbringung der Baukosten rief sie unter Garantie ihrer Vermögensverwaltung eine Tontine, eine Art Serienlotterie, ins Leben; den Betrieb der Anstalt stellte sie dadurch sicher, daß sie ihr die gesamten herrschaftlichen Gefälle aus dem lippisch-preußischen Condominium zu Lippstadt überwies: diese Einnahmen waren so beträchtlich, daß sie bis zum Jahre 1847 eine völlig unentgeltliche Verpflegung der armen und weniger bemittelten Kranken und eine regelmäßige Unterstützung der nicht in der Anstalt untergebrachten bedürftigen Geisteskranken des Landes ermöglicht haben.



Fürstin Pauline zur Lippe.

Bei der Einrichtung der Anstalt folgte die Fürstin im wesentlichen den vortrefflichen Ratschlägen ihres ausgezeichneten ärztlichen Beraters, des Hofrats Dr. Scherff: aber sie ergriff auch hier die Initiative in allen Punkten, in denen ihr praktischer Verstand oder ihre humane Auffassung den konventionellen Ansichten der Zeit überlegen war. Sie bestimmte die Anlagen zur Beheizung, Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung, sie verlangte die Herstellung großer Baderäume — weil das Baden „nicht nur zur Reinlichkeit, sondern auch zur Heilung der Kranken notwendig“ sei —, und sie ersetzte die von Arzt und Baumeister vorgesehenen kleinen dunklen Zellräume, — weil „ein Aufenthalt in solchen für Geisteskranke nicht nützlich“ sein könne — überall durch helle luftige Zimmer. Sie wies überhaupt immer wieder darauf hin, daß alles, was an Zwang und Strafe erinnern könne, nach Möglichkeit vermieden werden müsse. In diesem Sinne ließ sie auch die Instruktionen der Angestellten ausarbeiten: sie betonen durchweg und immer wieder den Leitsatz, daß

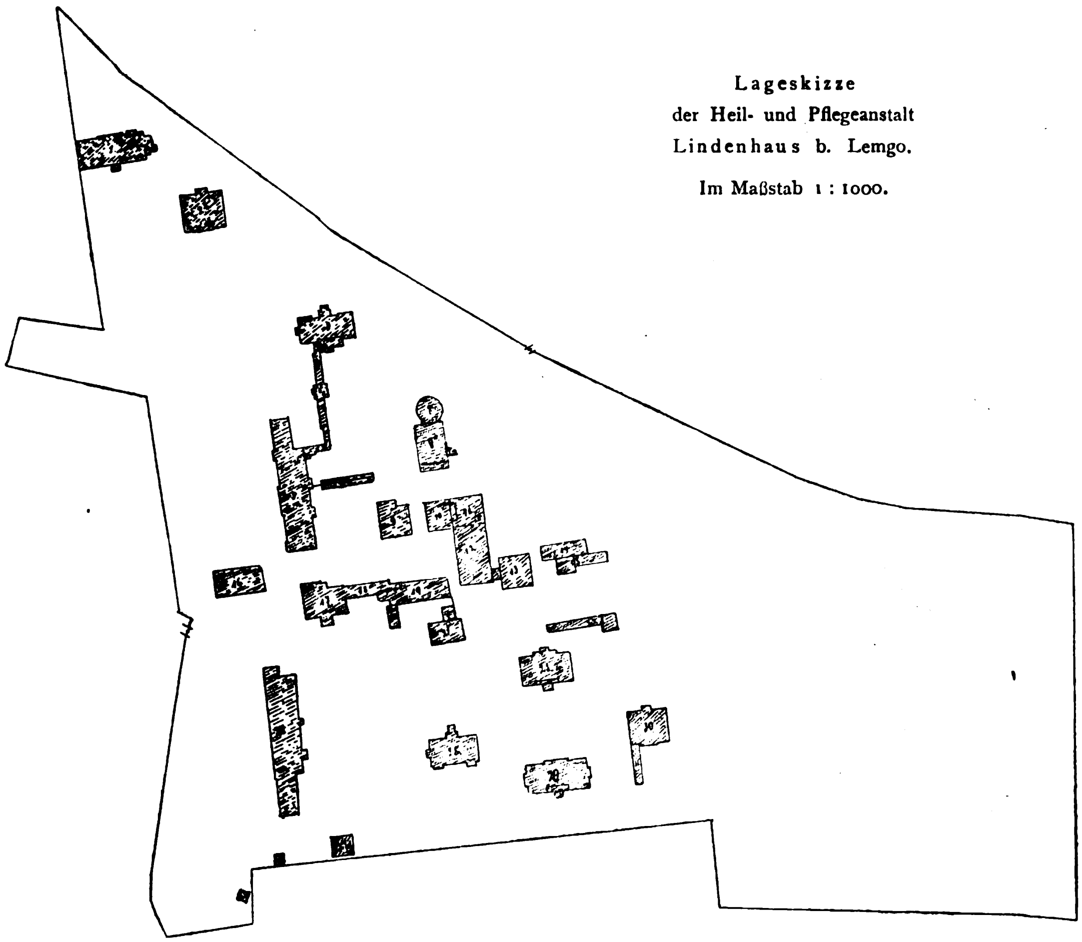
die „Wahnsinnigen" Kranke sind, denen nur mit Liebe und Güte geholfen werden kann.

Zur Beförderung dieser Tendenz und zur Wahrung des krankenhausmäßigen Charakters der Anstalt erschien der Fürstin eine vollkommene Absonderung der unruhigen Kranken als ein unbedingtes Erfordernis: deshalb wurden von vornherein zwei ziemlich weit voneinander entfernte Gebäude zur Aufnahme der Kranken eingerichtet.

Das Hauptgebäude — die durch Aufbringung eines Stockwerkes erweiterte Orangerie des Braker Schlosses — wurde zur Aufnahme und Bewahrung der ruhigen Irren bestimmt. Es enthielt bei der Eröffnung der Anstalt 16 Betten in zwei vertikal getrennten Geschlechtsabteilungen, bot aber Raum für eine mehr als doppelt so große Belegung. In diesem Gebäude — dem heutigen Beamtenhaus — befanden sich auch die Wirtschaftsräume, ein Bureau und ein für den Arzt bestimmtes Untersuchungszimmer.

Das zweite Gebäude wurde als „Tollklause" eingerichtet: es war ein kleiner Pavillon, der außer Badestube und Tagesraum zunächst sechs helle, heizbare Isolierräume für unruhige Kranke umfaßte. Er enthielt aber auch die Dienstwohnung des ersten Anstaltsbeamten: denn dieser sollte nach dem Willen der Fürstin „den am schwersten Kranken zunächst" wohnen. Die zu alledem erforderlichen Räume entstanden aus dem Wohnhaus des Schloßgärtners; sie bilden heute das Erdgeschoß des Küchengebäudes.

Bei beiden Gebäuden wurden zum Aufenthalt



Lageskizze der Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus b. Lemgo.

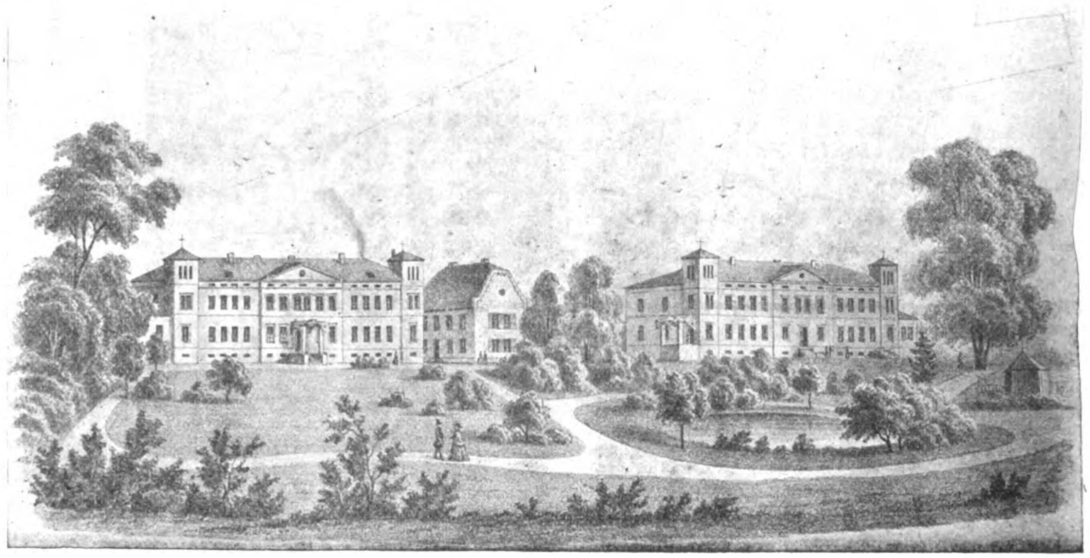
Im Maßstab 1 : 1000.

1. Frauenhaus IV.
2. „ III.
3. „ II.
4. Verbindungshalle.
5. Frauenhaus I.
6. Liegehalle.
7. Wasserturm.
8. Maschinenhaus.
9. Waschküche.
10. Werkstatt.
11. Pferdestall.
12. Scheune.
13. Männerhaus V.
14. Wagenremise.
15. Gewächshaus.
16. Kläranlage.
17. Direktorwohnhaus.
18. Kalthaus.
19. Kochküche.
20. Glashalle.
21. Kapelle.
22. Kegelbahn.
23. Männerhaus II.
24. Beamtenhaus.
25. Gartenhaus.
26. Beamten-Waschhaus.
27. Laboratorium mit Leichenhalle.
28. Männerhaus I. (Landhaus.)
29. „ III.
30. „ IV.
31. Liegehalle.

der Kranken Gärten und Höfe angelegt, die unmittelbar von den Abteilungen aus zugängig waren; sie wurden von dem anschließenden Areal der Wirtschaftsländereien durch Stakete und Mauern nur soweit abgeschlossen, daß „selbst die Rasenden“ „den Wirkungen der schönen Natur“ nicht entzogen wurden.

Aber auch in jeder anderen Beziehung wurden die psychischen, die gemütlichen und ethischen Momente der Behandlung mit besonderer Sorgfalt und Liebe erwogen und vorbereitet.

Die Fürstin gab auch dabei die „Ideen“ an: in kurzen handschriftlichen Notizen entwickelte sie nicht nur allgemeine Grundsätze einer psychischen Behandlung, die heute nicht erschöpfender und klarer definiert



Lindenhaus im Jahre 1860.

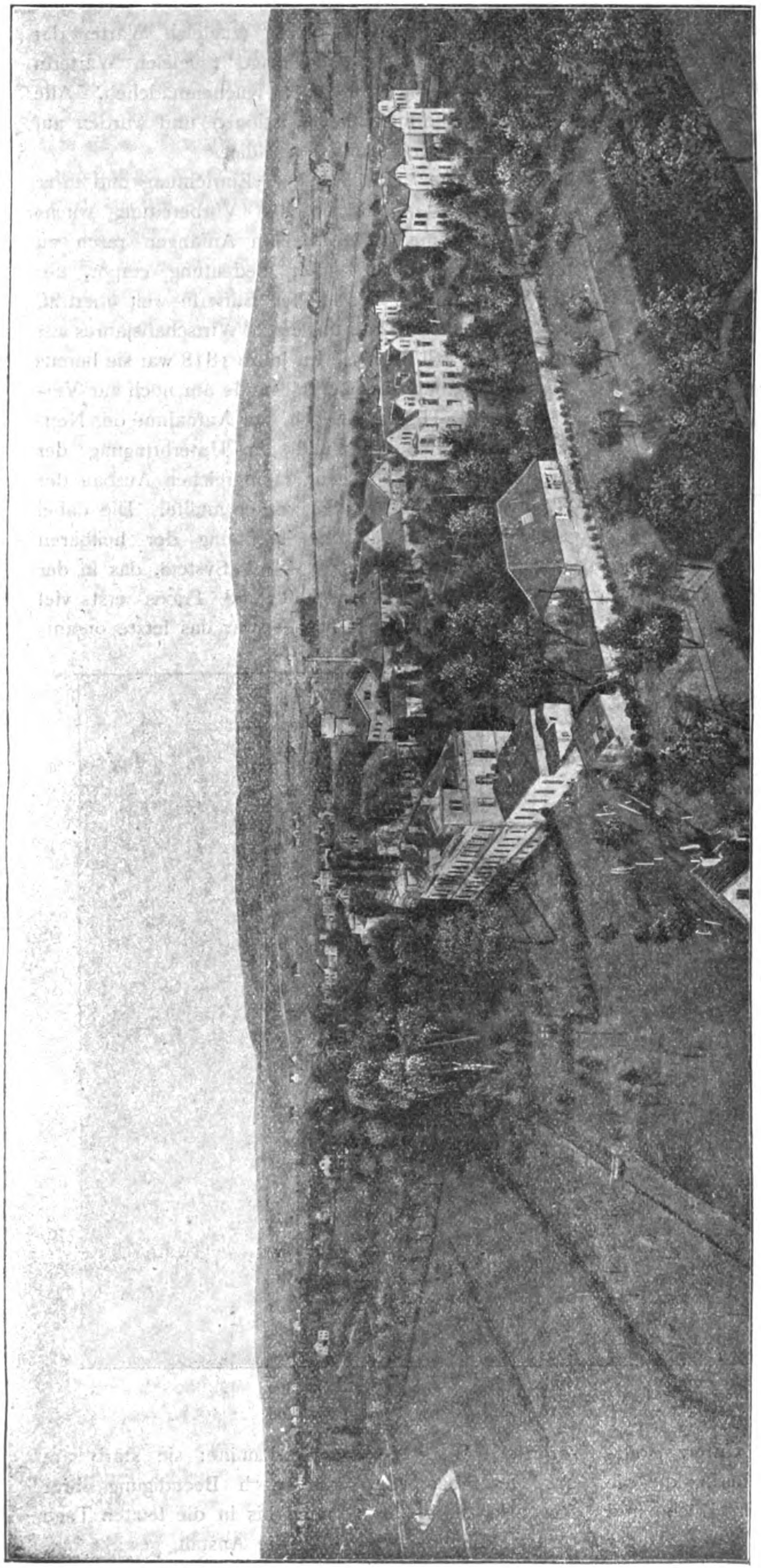
werden könnten, sondern sie erteilte auch mancherlei spezielle Anweisungen: sie erörterte die hohe Bedeutung eines in jeder Beziehung gut abgestimmten Milieu, sie wies darauf hin, daß selbst Mobiliar und Einrichtung der Krankenzimmer — bis zu den Fenstervorhängen! — dem Rechnung tragen müsse. Sie bemerkte den hohen Wert, der bei der Behandlung der Kranken einer Gewährung von Vergünstigungen und Vergnügungen beizumessen ist und machte dabei auf den Einfluß der Musik besonders nachdrücklich aufmerksam. Sie betonte aber vor allem immer wieder, daß es besser als alle Arznei wirken muß, wenn die Kranken sich nicht selbst überlassen bleiben, sondern — sobald das irgend angängig sei — in einer vernünftigen Form beschäftigt werden: sie ließ deshalb auch im Haupthaus für beide Geschlechter besondere Arbeitsräume einrichten. Aber sie ordnete auch ausdrücklich an, daß die Beschäftigung der Kranken in jedem Falle vom Arzt gutgeheißen und überwacht werden müsse.

Ihre Hausordnung räumte überhaupt dem Arzt — trotzdem er nur im Nebenamte an der Anstalt tätig sein sollte — in allen Fragen der Krankenfürsorge die leitende und maßgebende Stellung ein. Sie verpflichtet ihn dafür zu regelmäßigen Besuchen der Kranken, zur Führung „klinischer Tagebücher“ und zu einer häufigen und sehr eingehenden Berichterstattung.

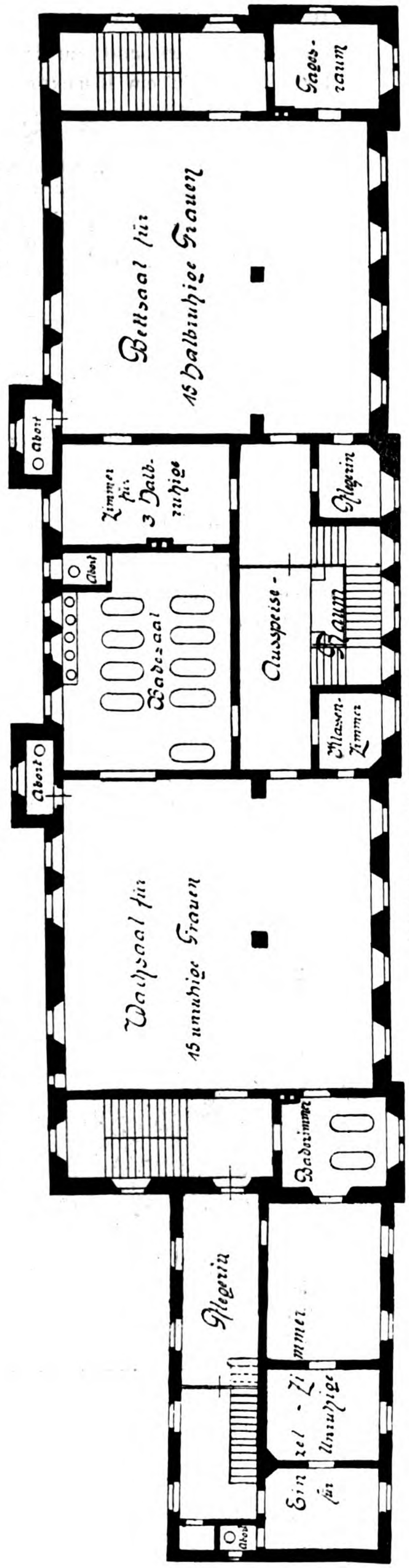
Aber die Fürstin interessierte sich nicht nur für diese rein charitativen Fragen, sondern sie bemühte sich auch selbst für alle wirtschaftlichen Angelegenheiten ihrer Schöpfung. Sie bearbeitete den Etat und die Kostordnung der Anstalt, sie stellte die leitenden Gesichtspunkte für die ganze Wirtschaftsführung auf, sie bestimmte das Heizmaterial und die Stoffe zur Wäsche und Bekleidung.

Sie hat auch selbst das Personal ausgewählt, mit dem die Anstalt, deren Fertigstellung durch Krieg und Notstand aufgehalten wurde, schließlich im Jahre 1811 ihre Arbeit begonnen hat.

Die Zahl dieses Personals war anfangs sehr beschränkt. Zum Arzt der Anstalt wurde der von der Fürstin mit Recht hochgeschätzte Dr. Focke in Lemgo ernannt. Er wurde in seiner Tätigkeit durch einen gleichfalls nur nebenamtlich verpflichteten

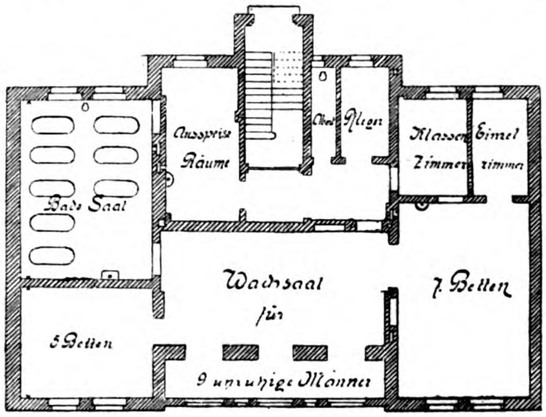


Gesamtansicht der Anstalt. Frauenhäuser. Männerhäuser.



Wachabteilung für unruhige Frauen.

Wundarzt unterstützt. Zur unmittelbaren Fürsorge für die Kranken und zur Leitung des Wirtschaftsbetriebes wurde ein Inspektor angestellt, der in der



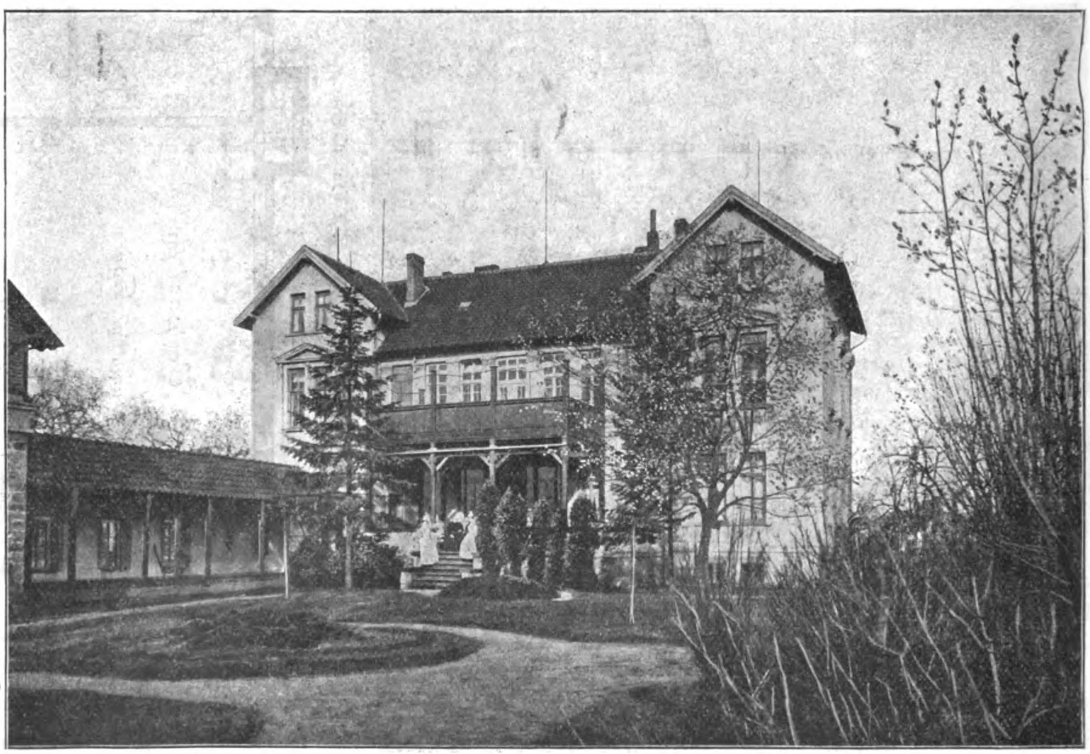
Wachabteilung für unruhige Männer.

Anstalt Dienstwohnung erhielt: es war ein früherer Offizier des Lippischen Kontingents, den die Fürstin selbst sehr eingehend instruierte.

Wärterin, einem Hausknecht (zugleich Wärter der Tobsüchtigen), einer Hausmagd (zugleich Wärterin der Tobsüchtigen) und einem Küchenmädchen. Alle Angestellten erhielten Instruktionen und wurden auf deren Dienstanweisungen vereidigt.

Dank ihrer zweckmäßigen Einrichtung und ihrer vortrefflichen organisatorischen Vorbereitung wuchs die Anstalt aus ihren kleinen Anfängen rasch zu einem Umfang und einer Bedeutung empor, der die Erwartungen ihrer hohen Stifterin weit übertraf.

Schon am Schlusse des ersten Wirtschaftsjahres war die Anstalt voll besetzt. Im Jahre 1818 war sie bereits so überfüllt, daß das Hauptgebäude nur noch zur Verpflegung der Heilbaren, d. h. zur Aufnahme der Neuaufnahmen ausreichte und zur Unterbringung der Unheilbaren durch einen umfangreichen Ausbau der Tollklause Platz geschaffen werden mußte. Die dabei angestrebte grundsätzliche Trennung der heilbaren und unheilbaren Kranken — ein System, das in der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis erst viel später Geltung erlangt hat — war das letzte organi-



Haus für ruhige, überwachungsbedürftige Frauen.

Das dem Inspektor untergebene Unterpersonal bestand zuerst nur aus einer Vorsteherin, die die Aufsicht über die Frauen führte und für Küche und Wäsche zu sorgen hatte, einem Wärter, einer

satorische Werk der Fürstin Pauline: sie starb am 29. Dezember 1820 kurz nach Beendigung ihrer Regentschaft, in der sie noch bis in die letzten Tage für ihre Lieblingsschöpfung, die Anstalt, gewirkt hat.

Ihr Werk segnete ihr Andenken durch eine rasch wachsende Ausdehnung seiner Wirksamkeit.

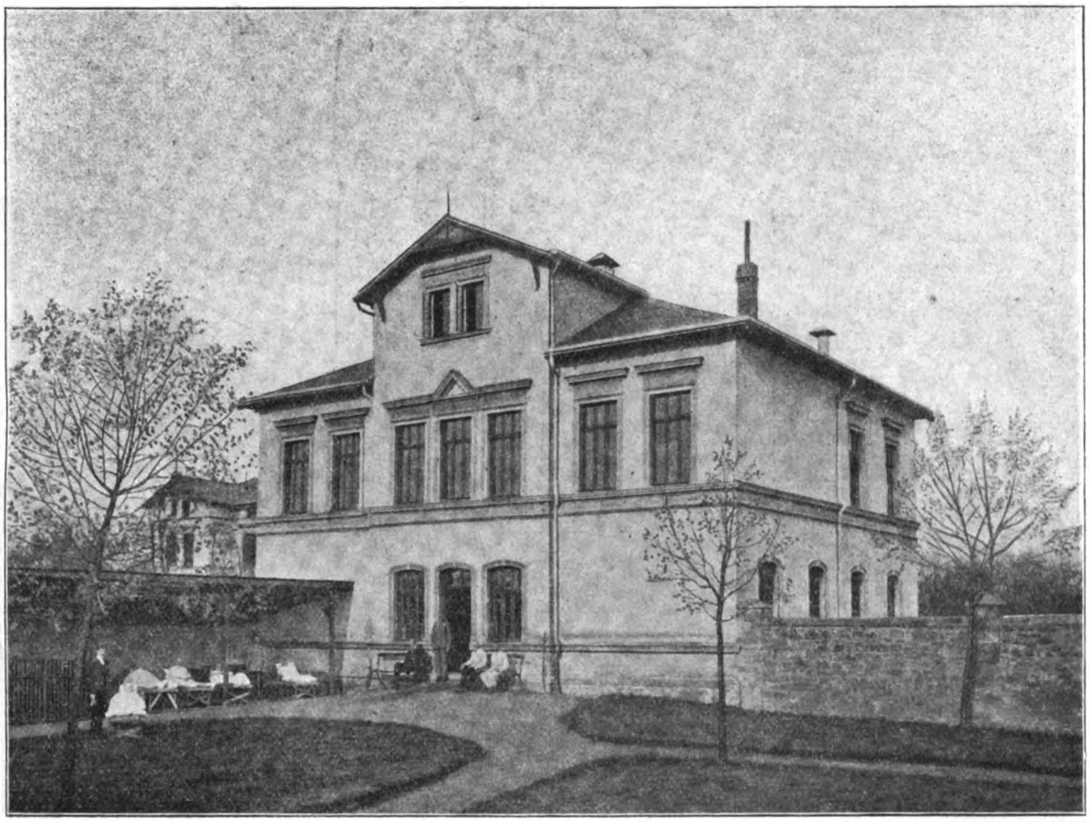
Schon 1828 wurde eine neue Erweiterung der Anstalt notwendig. Es entstand ein drittes Gebäude, das neben Dienstwohnungen und Verwaltungsräumen auch einige Zimmer für Klassenkranke enthielt; es ist heute das Wohnhaus des Direktors.

Im Jahre 1844 schied der erste Arzt des Irrenhauses in hohem Alter aus seiner Stellung. Er hatte zwar nach dem Ableben der Fürstin dem auf das Restraint gerichteten Geist der zeitgenössischen Psychiatrie mehr Konzessionen gemacht, als nach den Anfängen seiner Tätigkeit zu erwarten stand: aber er blieb doch bis zuletzt mit tüchtigem Eifer und regem Interesse für die Anstalt bemüht und hinterließ bei seinen Kranken die besten Erinnerungen.

Sein Nachfolger wurde sein Enkel, Dr. Eduard Meyer aus Lemgo. Er hatte sich für diese Stellung durch eine ausgedehnte Studienreise und einen längeren Aufenthalt in Illenau vorbereitet.

Auch Meyer wurde zunächst nur im Nebenamte Arzt an der Anstalt. Aber er überzeugte sich bald, daß bei dem Umfange der Anstalt — er hatte 79 Kranke übernommen — und dem raschen Ausreifen der Irrenheilkunde dieser seitherige Zustand ohne Schaden für die Kranken nicht fortbestehen konnte. Die Regierung kam seinen Vorstellungen mit einsichtsvollem Verständnis entgegen: schon im Jahre 1846 wurde Meyer unter Gewährung einer Dienstwohnung zum Direktor der Anstalt ernannt. Er blieb es bis zu seinem Tode im Jahre 1884.

Sein Wirken hat die Anstalt zu seiner Zeit weit über die engen Grenzen des Landes hinaus berühmt gemacht und von weither Kranke in solcher Zahl herangezogen, daß die vorhandenen Abteilungsräume ihrer Aufnahme nicht im entferntesten zu genügen vermochten.



Haus und Garten für tuberkulose Männer.

Dieser Überfüllung der Anstalt suchte Meyer zuerst dadurch abzuhelfen, daß er — im Jahre 1851! — für die ruhigen unheilbaren Kranken ganz systematisch eine Fürsorge in Familienpflege anregte und einzurichten begann. Er fand aber für diese Bestrebungen bei den Verwaltungsbehörden und der Bevölkerung des Landes so wenig Entgegenkommen,

daß er seine Versuche bald wieder abbrechen mußte.

Durch das Fehlschlagen der Familienpflege erreichte der Platzmangel in den Krankenräumen einen so hohen Grad, daß eine erhebliche bauliche Erweiterung der Anstalt nicht länger aufgeschoben werden konnte.

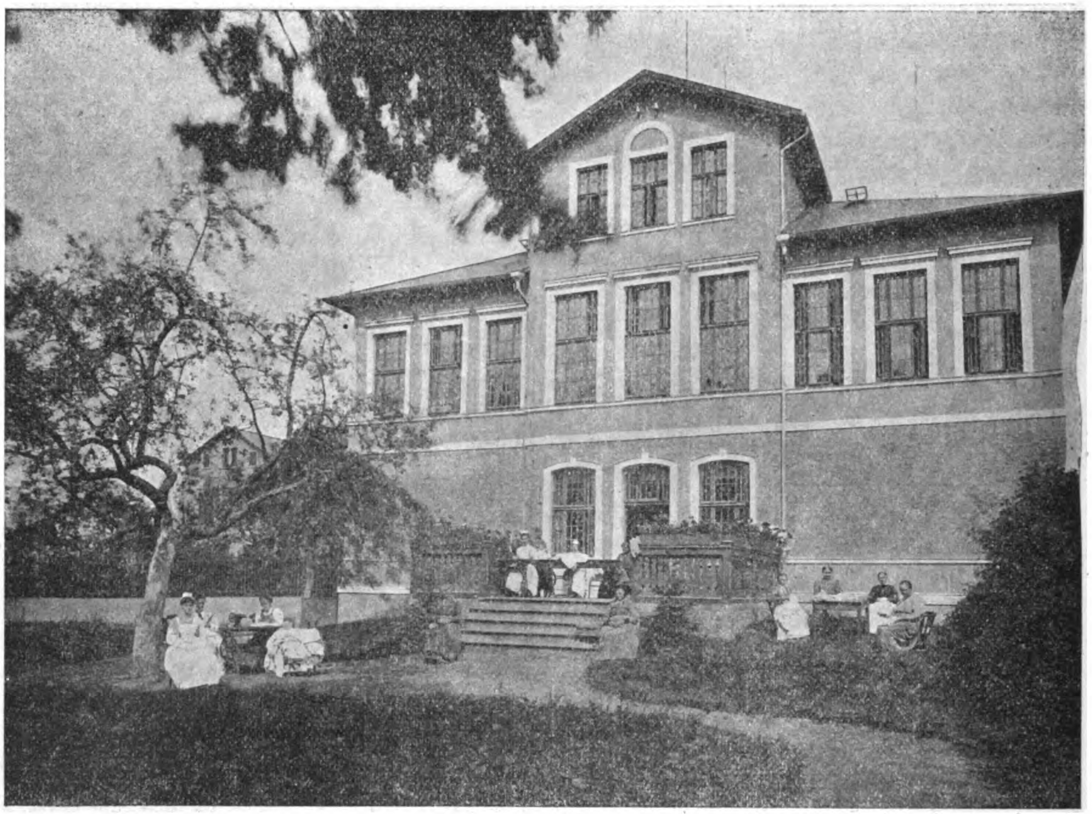
Sie erfolgte in den Jahren 1852 bis 1857 und wurde dank Meyers Bemühungen zu einer vollständigen und grundsätzlichen Umgestaltung des bisherigen Bautypus: sie trennte die Anstalt in zwei nach Geschlechtern gesonderte Baugruppen, die nördlich und südlich von einem nur noch für Verwaltungs- und Wirtschaftszwecke bestimmten Mitteltrakt angeordnet wurden.

Zur Aufnahme der Frauenabteilung wurde 1852 bis 1854 ein Neubau errichtet; er kam auf das nördlich vom Wohnhaus des Direktors gelegene Anstaltsgebiet und dient noch heute — als Frauenhaus 1 — zum Pavillon für unruhige weibliche Kranke. Für die Männerabteilung wurde — 1856 bis 1857 — das seitherige Hauptgebäude von Grund aus umgebaut.

An beide Krankenhäuser wurden in den Jahren 1857 und 1858 noch besondere und völlig abgesonderte Zellflügel angesetzt: ihre Belegung machte das Gebäude der Tollklause für die Zwecke der erheblich angewachsenen Hauswirtschaft verfügbar (1867). Zur gleichen Zeit wurde für die Wäscherei das noch heute benutzte Waschhaus gebaut.

Im Zusammenhang mit allen diesen baulichen Veränderungen wurde auch die Ökonomie der Anstalt ganz neu organisiert und erheblich erweitert.

Die Gärtnerei, die bisher nur die einfachsten Gemüse geliefert hatte, wurde von Meyer, der selbst ein feinsinniger Gartenkünstler war, besonders liebevoll gefördert; es entstanden neben Zieranlagen und Obstgärten, die noch heute ein Stolz der Anstalt sind, hochwertige Gemüsekulturen und — mit Hilfe von zwei neuerbauten Glashäusern — umfangreiche Treibereien.



Frauenhaus 3, Nähstube.

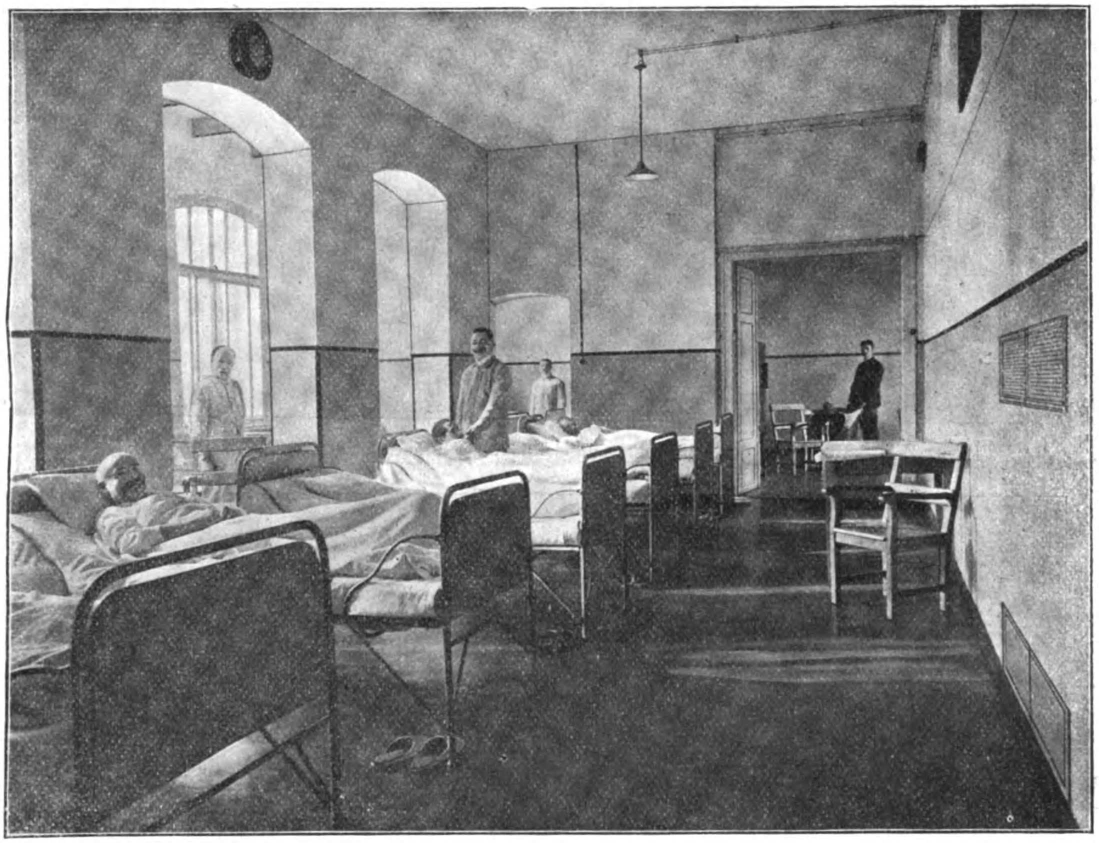
Die Landwirtschaft wurde durch Anpachtungen vergrößert. In einer in den Jahren 1862 bis 1864 errichteten Stallscheune wurde eine Schweinemästerei sowie eine Geflügelzucht eingerichtet und ein Milchviehbestand aufgestellt, dessen Ertrag den Bedarf der Anstalt zu decken vermochte.

In allen diesen wirtschaftlichen Betrieben wurden

die erforderlichen Arbeiten unter der Leitung einiger Angestellten ausschließlich von Kranken geleistet. Die Auswahl, die Art und der Umfang dieser Beschäftigung richtete sich nach Gesichtspunkten, die in jeder Beziehung mit den Grundsätzen der modernen Arbeitstherapie übereinstimmen: besonders für die allmähliche Inanspruchnahme des Kranken und die Individualisierung der Leistung hat Meyer ein geradezu musterhaftes Regime eingeführt, dessen bestes Hilfsmittel ein gleichfalls vortrefflich arrangiertes System von Zerstreuungen und Vergnügungen bildete. Meyer sah in der „Freude für die meisten Kranken die beste Arznei" — er wirkte deshalb mit allen Mitteln darauf hin, daß das ganze Anstaltsleben von Fröhlichkeit durchdrungen blieb. Ebenso hohen Wert legte er auf eine Förderung der religiösen Empfindungen: er richtete dazu Bibelstunden und Gottesdienste ein und schuf ihnen durch den Bau einer Kapelle (1875) den würdigen Raum.

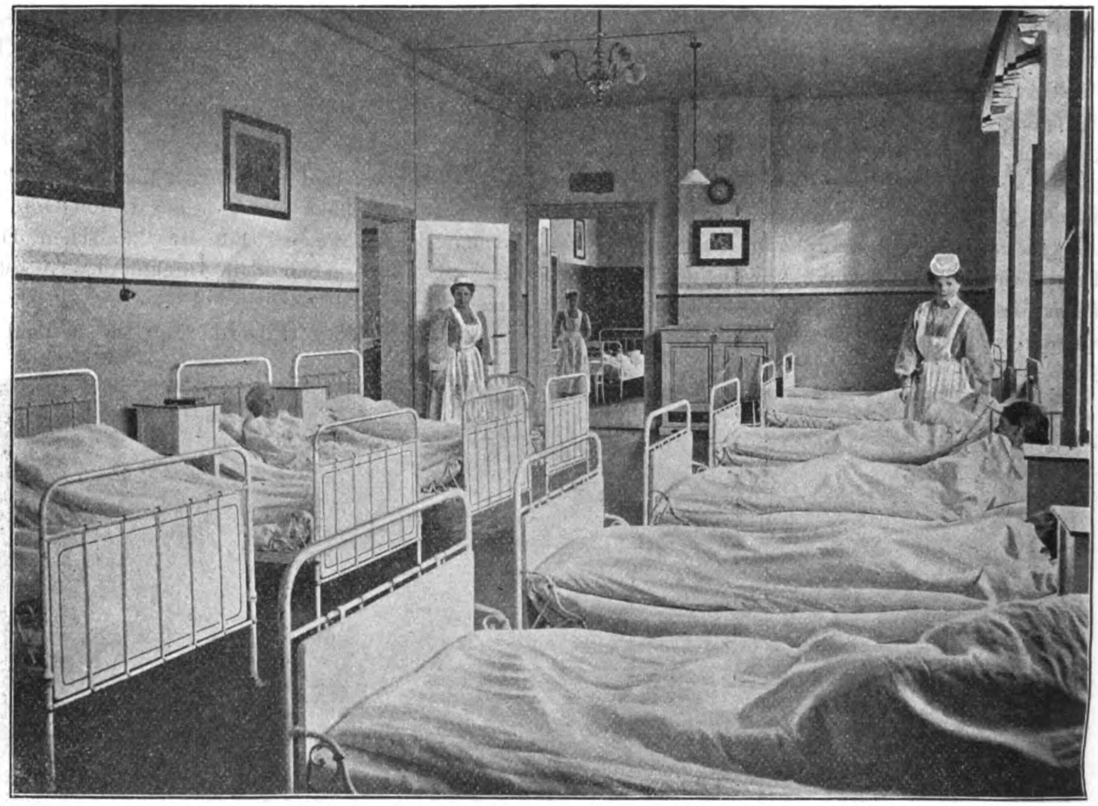
Diese ganze vielseitige Erneuerung der Anstalt bedingte natürlich auch große Veränderungen in ihrem Personal. Das Pflegepersonal wurde stark vermehrt und in seinen Bezügen erheblich aufgebessert. Es erhielt in einem Oberwärter und einer Oberwärterin eine unmittelbare Dienstaufsicht Für den gesamten wirtschaftlichen Betrieb wurde ein dem Direktor nachgeordneter Verwalter angestellt; eine Wirtschafterin, eine Wäschebeschließerin und ein Hofmeister versahen unter seiner Leitung die einzelnen Betriebszweige. Für den ärztlichen Dienst war seit 1868 neben dem Direktor ein Assistenzarzt tätig.

Bei dem Tode Eduard Meyers bestand das Personal der Anstalt bereits aus 43 Angestellten; die Zahl der Kranken hatte sich während seines Wirkens verdoppelt, sie war auf 151 gestiegen.

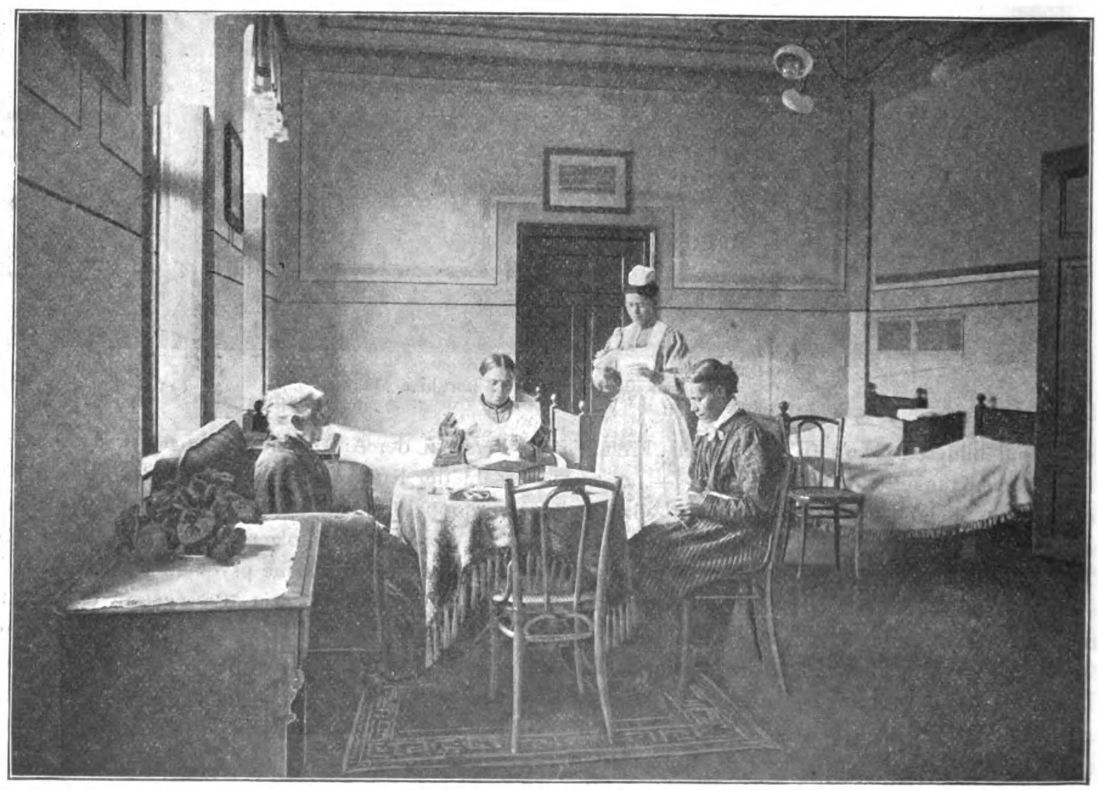


Wachsaal und Badesaal für unruhige Männer.

Meyers Nachfolger wurde Dr. Christian Roller aus Illenau. Der hohe psychiatrische Standart seiner Heimat bestimmte sein Programm: er brachte das System der offenen Tür und führte die Bettruhe und die Kurbäder in Lindenhaus ein. Er ist aber auch der erste gewesen, der ganz systematisch und in großem Umfang Freiluft-Liegekuren bei Geisteskranken angewendet hat.

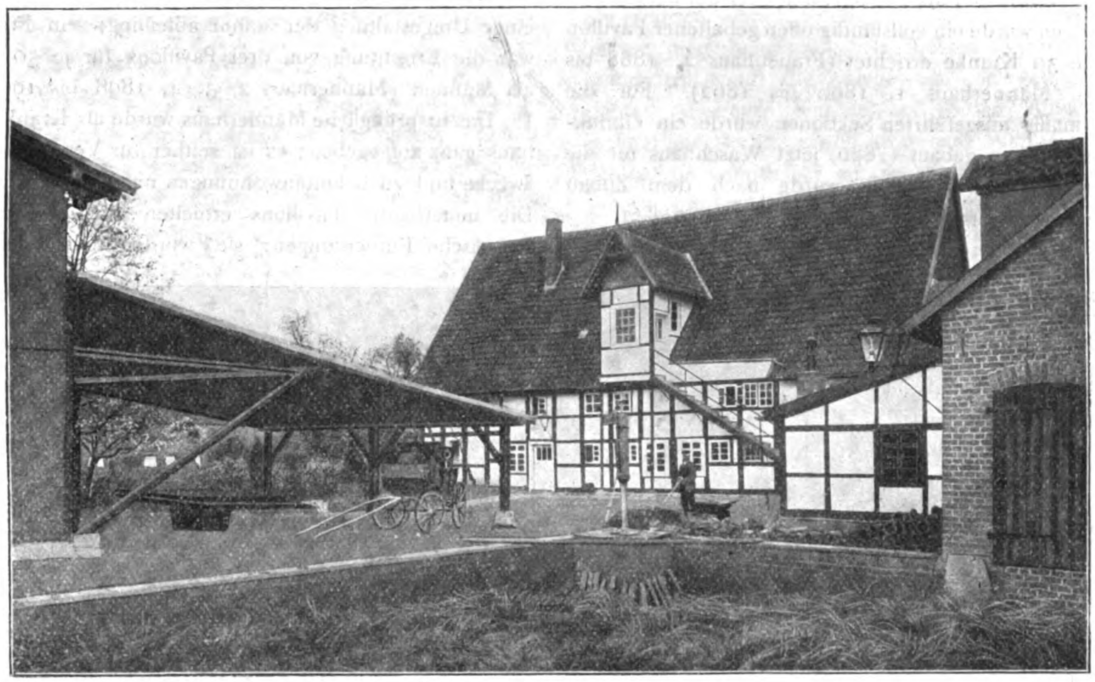


Wachabteilung für ruhige Frauen.



Frauenhaus IV. Zimmer für 8 Kranke III. Klasse.

Für den modernen Geist, mit dem er die Anstalt erfüllte, plante Roller auch eine vollständige bauliche Modernisierung der Abteilungen.



Hof auf dem Anstaltsgut.



Hof auf dem Anstaltsgut.

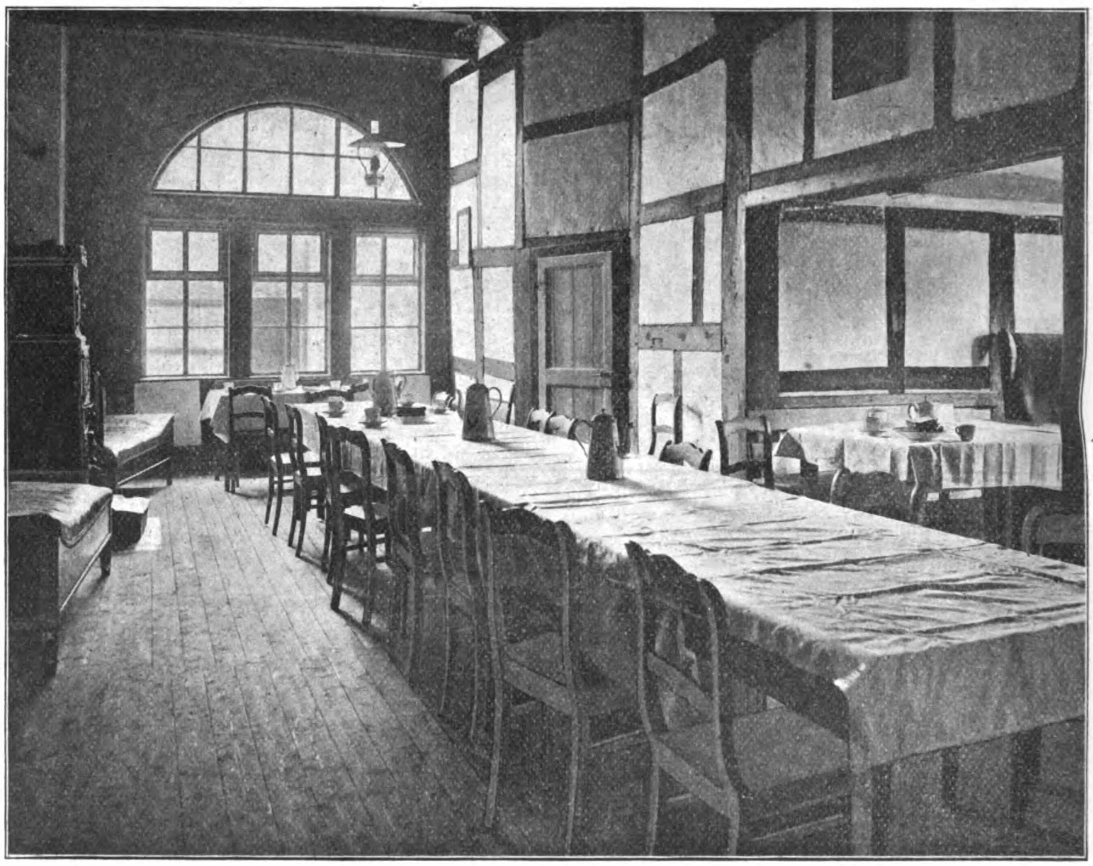
Die völlig unzureichende Wasserversorgung der Anstalt wurde nach Möglichkeit verbessert; die beiden Krankenhäuser wurden durch vielfache Umbauten, die Einzelzimmer zu Schlafsälen vereinigten, den Zwecken der Bettruhe und der offenen Behandlung an-

gepaßt. Der andauernden Überfüllung der Anstalt wurde durch Anbauten an die alten Häuser und durch Neubauten abgeholfen: auf jeder der beiden Abteilungen wurde ein vollständig offen gehaltener Pavillon für je 30 Kranke errichtet (Frauenhaus 2, 1888 bis 1889, Männerhaus 1, 1890 bis 1892). Für die regelmäßig ausgeführten Sektionen wurde ein Obduktionshäuschen gebaut (1886, jetzt Waschhaus für die Beamten), die Ökonomie wurde nach dem Zubau eines neuen Stalles (1893) erheblich vergrößert.

Im Jahre 1896 wurde Roller durch die verhängnisvollen Anfänge einer schweren Erkrankung gezwungen, sein Amt niederzulegen. Die Anstalt hat sein Andenken in Ehren gehalten. Denn er war nicht nur ein Mensch von seltener Gewissenhaftigkeit und ein ausgezeichneter Arzt, sondern er war auch bis zu seiner Erkrankung ein vortrefflicher Direktor: seine Anstalt und seine Kranken waren der Brennpunkt aller seiner Interessen.

Zu seiner Nachfolge wurde Dr. Wilhelm Wagemann aus Lengerich berufen, dessen erfolgreiche Wirksamkeit den von Roller begonnenen Ausbau der Anstalt planmäßig fortgesetzt und ihre bauliche Modernisierung im wesentlichen vollendet hat.

Wagemanns erstes Werk war der Entwurf zu einer Umgestaltung der Männerabteilung; sein Erfolg war die Errichtung von drei Pavillons für je 30 bis 40 Männer (Männerhaus 2, 3, 4, 1898 bis 1900). Das ursprüngliche Männerhaus wurde als Krankenhaus ganz aufgegeben; es ist seither für Verwaltungszwecke und zu Beamtenwohnungen umgebaut worden. Die neuerbauten Pavillons erhielten auch moderne technische Einrichtungen: sie wurden mit Zentralheizung ausgestattet und aus einer dazu geschaffenen eigenen Zentrale mit elektrischer Beleuchtung versorgt; die ganze Anstalt wurde an eine Quellwasserleitung angeschlossen.



Diele des Männerhauses auf dem Anstaltsgut.

Der Modernisierung der Männerabteilung folgte in den Jahren 1902 bis 1905 ein Ausbau der Frauenabteilung: es wurden auch hier zwei neue, mit allem modernen Komfort ausgestattete Pavillons für je 30 bis 40 Kranke errichtet (Frauenhaus 3 und 4).

Nach diesen wertvollen Errungenschaften plante Wagemann noch eine weitausgreifende bauliche

Erneuerung der alten Krankenhäuser und der Wirtschaftsgebäude: mitten in diesen Plänen wurde er im Frühjahr 1905 von einem schweren Leiden betroffen, dem er schon nach wenigen Monaten erlag.

Sein Nachfolger wurde — am 1. April 1906 — der Verfasser.

Er fand seine Aufgabe vorgezeichnet: er hatte die bauliche Modernisierung der Anstalt zu vollenden und ihre innere Organisation dem neuen Rahmen anzupassen.

In den von Wagemann bewirkten Neubauten waren Krankenabteilungen entstanden, deren Raumverhältnisse das Bedürfnis des eigenen Landes zunächst noch weit überschritten. Der aus diesem Raumüberschuß folgenden Betriebsverteuerung mußte vor allen Dingen abgeholfen werden: es gelang das dadurch, daß mit benachbarten preußischen Provinzen und mit dem Fürstentum Waldeck Überweisungsverträge abgeschlossen wurden, die der Anstalt eine gleichmäßige und mit ihrer Belegbarkeit übereinstimmende Belegung sicherten.

Zur Aufnahme dieser vermehrten Krankenzugänge waren auf den Abteilungen nur geringe bauliche Veränderungen erforderlich. Sie betrafen fast ausschließlich die Abteilungen für unruhige Kranke, die schon für die seitherige Belegung nicht ausgereicht hatten. Sie wurden daher in Männerhaus 2 und Frauenhaus 1 neu hergestellt. An beiden Stellen wurde grundsätzlich auf die Anlage von Zellräumen verzichtet. Dagegen wurden auf beiden Abteilungen große Badesäle mit zwölf und acht Wannen eingerichtet, die unmittelbar an die Wachsäle anschließen.

Auch auf allen übrigen Wachabteilungen wurden die Baderäume neben die Wachsäle verlegt und für Dauerbäder eingerichtet: von den 41 Badewannen die für Kurbäder zur Verfügung stehen (1 auf 9,3 Kranke) sind 29 so aufgestellt, daß sie Tag und Nacht benutzt werden können.



Schlafsaal auf dem Anstaltsgut.

Da die seitherige Wasserversorgung der Anstalt zu diesen Anlagen nicht genügte, wurde in einem neu erbauten Wasserturm eine durch elektrische Förderung von Grundwasser arbeitende Kalt- und Warmwasser-Zentrale hergestellt, an die alle Baulichkeiten der Anstalt Anschluß erhielten. Gleichzeitig wurden sämtliche Krankenhäuser — soweit das noch nicht der Fall war — mit Zentralheizung versehen und durch ein Telephonnetz verbunden.

Die bis dahin lediglich mit der Hand betriebene Wäscherei wurde zu einem rein maschinellen Betrieb umgestaltet und durch eine elektrisch betriebene Plätterei und Bleiche vervollkommnet. Die Kochküche wurde zu neuen Räumen umgebaut und mit einer Dampf-Kochanlage und deren modernen maschinellen Hilfsvorrichtungen ausgestattet. Zur Versorgung aller dieser maschinellen Anlagen und zur Sicherung der Betriebsreserve wurden die Kesselanlagen und das Elektrizitätswerk auf das Doppelte vergrößert.

Die ökonomische Organisation der Anstalt wurde durch die Errichtung einer besonderen landwirtschaftlichen Kolonie von Grund auf umgestaltet. In dem etwa 4 Kilometer von der Anstalt entfernten Dorfe Entrup wurde ein selbständiges Kolonat erworben, dessen Gebäude — niedersächsische Bauernhäuser aus dem Anfang des 17. Jahrhunderts — unter Wahrung ihrer baulichen Eigenart zur Aufnahme von 45 Männern und 15 Frauen durchgebaut wurden. Durch weitere Um- und Zubauten und den Neubau eines Stallgebäudes wurden außerdem Räume für 16 Pferde, 65 Kopf Rindvieh, ein paar Mastschweine und einige hundert Stück Geflügel gewonnen. Zu diesem Kolonat wurde dann von der Stadt Lemgo durch Abschluß eines 30jährigen Vertrages das etwa 120 Hektar große und bei der Übernahme zum Teil noch unkultivierte Gebiet der Luher Heide zugepachtet; es ist heute bis auf wenige Scheffelsaat in intensiver Kultur.

In der Anstaltszentrale ist von der seitherigen Ökonomie nur die Schweinemästerei beibehalten worden; die Ländereien sind durchweg für den sehr erweiterten Betrieb der Gärtnerei nutzbar gemacht. Die verfügbar gewordenen Wirtschaftsgebäude haben zum größten Teil für die Zwecke der Hausindustrie Verwendung gefunden, für die es bisher an geeigneten Räumen gefehlt hatte. Durch relativ geringfügige Umbauten entstanden gesunde und bequeme Werkstätten für Tischler, Schuster, Schneider, Maler, Sattler, Korbflechter und Strohflechter; sie sind zum großen Teil so angelegt, daß ihr Betrieb bei gutem Wetter ohne weiteres ins Freie verlegt werden kann. Nach den gleichen Gesichtspunkten ist auf der Frauenabteilung eine alte Zellabteilung zu Räumen für Schneiderei, Näherei und Strickerei umgebaut worden. — Alle Werkstätten stehen unter der Leitung von Handwerkern, die im Dienstverhältnis des Pflegepersonals angestellt und n der Krankenpflege so weit ausgebildet sind, daß sie eine für den Notfall jederzeit verfügbare Reserve bilden. Die Leistung der Werkstätten deckt fast den ganzen einschlägigen Bedarf der Anstalt.

Die hygienischen Verhältnisse der Zentrale wurden durch eine Kanalisation des ganzen Gebiets, durch die Aufstellung von Wasserklosetts und durch die Anlage einer Kläranlage nach dem Cremerschen System verbessert. Ein im Jahre 1900 erbautes, massives Stallgebäude wurde zu einer für beide Geschlechtsseiten nutzbaren Isolierbaracke umgebaut; in einem Anbau zur Waschküche wurde ein großer Dampfdesinfektionsapparat aufgestellt. Jede Abteilung erhielt ein Operations- und Verbandzimmer, neben dem der Frauenabteilung wurde ein besonderer Sterilisierraum hergestellt und mit allem Erforderlichen eingerichtet. Schließlich sind noch in ein altes massives Gartenhaus Laboratorien und Sektionsraum eingebaut worden; ein Anbau schuf Leichenhalle und Aufbahrungsraum.

Mit allen diesen Neueinrichtungen und Organisationsänderungen verbanden sich wesentliche Verschiebungen in der Zahl, in der Stellung und in den Verhältnissen der Angestellten.

Ein zweiter Assistenzarzt wurde schon kurz nach Wagemanns Tod angestellt. Seine Stelle ist seither zu einer Abteilungsarztstelle ausgestaltet worden. Zur gleichen Zeit hat der erste Hilfsarzt Rang und Stellung eines Oberarztes erhalten. Die Einrichtung eines Verwaltungsbüros, die Einführung der doppelten Buchführung sowie einer geordneten Tarif- und Inventar-Wirtschaft veranlaßten die Anstellung eines Magazinverwalters, eines Buchhalters und eines Registrators; alle drei Stellen sind ebenso wie der Verwalter des Koloniegutes und der Anstaltsmaschinist einem dem Direktor untergeordneten Anstaltsverwalter nachgeordnet. Die stärkere Belegung der Anstalt — sie verpflegt heute im Etat-Durchschnitt 375 Kranke, von denen etwa die Hälfte aus dem eigenen Lande stammt — bedingte eine entsprechende Vermehrung des Pflegepersonals; das Bestreben, ein gut qualifiziertes Personal seßhaft zu machen, veranlaßte eine weitgehende Verbesserung seiner Bezüge und Kompetenzen.

Im Frühjahr 1908 hat dann diese letzte, groß zügige Modernisierung der Anstalt den wertvollsten, zukunftssicheren Abschluß erhalten: die Anstalt, die bis dahin immer noch ihren ursprünglichen stiftungsmäßigen Charakter gewahrt hatte, wurde durch Landesgesetz in die unmittelbare Staatsverwaltung übernommen.

Damit ist nach hundert Jahren das Ziel erreicht worden, das die erlauchte Stifterin der Anstalt mit der Gründung des Irrenhauses angestrebt hat: die Fürsorge für die Geisteskranken und Geistesschwachen des Fürstentums Lippe ist zur Sache des Staates geworden.

Mitteilungen.

— **Dr. Ehrenfrieds neuester „Fall".** Durch eine große Zahl einflußreicher Tageszeitungen geht wieder eine „Irrenhausaffäre"; wiederum verknüpft mit dem Namen Ehrenfried; in diesem Falle mit dem Refrain: „Im Auftrage der ...... wird nunmehr Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried Schadenersatzansprüche für dieselbe geltend machen". Einige Zeitungen haben in diesem Satze Herrn Ehrenfried unberücksichtigt gelassen. Sollte er bei ihnen durch den Prozeß Hagen und den Prozeß in Bonn, wo er ebenfalls abgewiesen wurde — in letzterem mußte er die Prozeßkosten tragen —, seinen Nimbus als Irrenrechtreformator eingebüßt haben? Leider ist es auch diesmal nichts mit dem „Verbrechen der Freiheitsberaubung"! Jedem Unbefangenen mußte doch beim Lesen des mitveröffentlichten amtsgerichtlichen Urteils, welches von einem Verbrechen der Freiheitsberaubung spricht, die Frage aufstoßen: hat denn der Staatsanwalt, der den Entmündigungsantrag (auf Grund des § 646 der Zivilprozeßordnung) stellte, so wenig die Voraussetzungen derselben geprüft, daß er der nachher vom Amtsrichter für „geistig gesund" befundenen Patientin nicht die Pein des Entmündigungsverfahrens ersparte? Und: Warum stellte der Staatsanwalt nicht den Antrag auf strafrechtliche Verfolgung dieses „Verbrechens der Freiheitsberaubung"? Das Urteil, welches dieses Wort unumwunden ausspricht, ist ihm ja zugestellt worden. Nun, er stellt deshalb keinen Strafantrag, weil ein solches Verbrechen nicht vorliegt. Er hat eben die ganze Vorgeschichte der Patientin, die Gründe, welche die Behörde zur Internierung veranlaßt haben und die ärztlichen Gutachten objektiv, gewissenhaft und genau geprüft, er weiß, worum es sich handelt, und er weiß, daß zur strafrechtlichen Verfolgung absolut kein Grund vorhanden ist.

Der Inhalt des veröffentlichten Schreibens des Amtsgerichts stimmt insofern mit dem Antrag der Irrenanstalt nicht überein, als der Patientin in jenem Schreiben mitgeteilt wird, daß der Pfleger ihre „lebenslängliche" Aufnahme in die Anstalt beantragen solle. In dem vorschriftgemäß gestellten Antrag der Irrenanstalt ist von einer „lebenslänglichen" Aufnahme nicht die Rede gewesen! Es gibt ja gar keine „lebenslängliche Aufnahmen" in die Irrenanstalt!

Der Schlußsatz des Urteils: „Auch ihre leichte Reizbarkeit und ihr Mißtrauen gegen fremde Personen, die ihr im Leben schon feindlich gegenüber getreten sind, findet in der Verzweiflung über ihr bisheriges unglückliches Geschick seine Entschuldigung" — demonstriert recht deutlich in dem einen Worte: „Entschuldigung" den Unterschied der Auffassung des betreffenden richterlichen und der des ärztlichen Beamten: letzterer würde bei sonst gleichen Voraussetzungen psychologisch richtiger gesagt haben: „Erklärung".

(In diesem Satze muß es übrigens, wenn er wörtlich abgedruckt ist, grammatisch richtig heißen: „finden" .... „ihre Entschuldigung".)

Es wäre noch manches aus dem Artikel richtig zu stellen, doch bleibt dies besser den amtlichen Stellen, die sich mit der Angelegenheit befassen werden, überlassen.

Zum Schluß nur dieses: wenn ein Fall so liegt, daß ein Amtsrichter das, was drei sachverständige Ärzte für Zeichen von geistiger Störung halten, „umgekehrt" für einen Beweis geistiger Gesundheit ansieht, da kann sich das Publikum getrost darauf verlassen, daß die Ärzte Recht haben und behalten und braucht sich über dieses „Verbrechen der Freiheitsberaubung" nicht zu beunruhigen!

B.

Nachfolgendes ist der Artikel, wie er durch die Zeitungen ging:

„Reformbedürftigkeit des Irrenrechts.

Seit Jahren kämpft die Familie Albrecht in Marburg, Mutter und Schwester, um die Entlassung ihres nach ihrer Ansicht widerrechtlich in der Irrenanstalt festgehaltenen Sohnes und Bruders. Statt die ersehnte Befreiung zu erreichen, wurden jedoch beide, Mutter und Tochter, am 21. Dezember 1909 der Marburger und alsdann der Merxhausener Irrenanstalt überwiesen. Die Mutter und der Sohn befinden sich noch heute in der Anstalt, während die Tochter ihre Befreiung der Tatsache verdankt, daß der Direktor der Irrenanstalt in Merxhausen sie für unheilbar geisteskrank erklärte und beim Marburger Gericht die Bestellung eines Pflegers beantragte. Das Marburger Gericht stellte daraufhin dem Frl. Albrecht folgendes Schreiben zu: „Sie werden davon in Kenntnis gesetzt, daß der Direktor des dortigen Landeshospitals den Antrag gestellt hat, Ihnen einen Pfleger zu bestellen, welcher Ihre lebenslängliche Aufnahme in die zweite Klasse des dortigen Landeshospitals und die Erteilung der Anwartschaft auf eine Freistelle beantragen und Sie für den Fall, daß Ihnen künftig Vermögen zufallen sollte, zur Nachzahlung der Verpflegungskosten verpflichten soll, da Sie infolge unheilbarer Geisteskrankheit nicht befähigt seien, diese Erklärung abzugeben und Ihre Angelegenheiten zu besorgen. Sie werden veranlaßt, umgehend eine eigenhändige briefliche Nachricht hierher zu senden, ob Sie mit der Bestellung eines solchen Pflegers einverstanden sind, auch ob Sie sich freiwillig in der dortigen Anstalt befinden oder gegen Ihren Willen in derselben festgehalten werden." Frl. Albrecht übersandte hierauf dem Gericht folgende Antwort: „Ich bin mit der Bestellung eines Pflegers keineswegs einverstanden und muß dringend ersuchen, den Antrag des Herrn Direktors abzulehnen. Ich fordere umgehend meine Freilassung aus dieser nun schon 13 Monate dauernden Gefangenschaft. Ich fühle mich körperlich und geistig vollkommen gesund und einzig und allein diese Freiheitsberaubung ist die Veranlassung zu meiner gelegentlich auftretenden Verzweiflung. Ich lasse mir die Befähigung zur Besorgung meiner Angelegenheiten von niemanden absprechen und ziehe den Tod einem weiteren Leben

im Tollhause vor. Eine weitere Freiheitsberaubung zieht auch gesundheitliche Schäden für mich nach sich." — Sechs Wochen nach Absendung dieses Briefes wurde Frl. Albrecht nach $14^1/_2$ monatlicher Internierung aus der Irrenanstalt entlassen. Die Staatsanwaltschaft in Marburg stellte nunmehr gegen sie den Antrag auf Entmündigung, dieser Antrag ist jedoch durch Beschluß des Amtsgerichts zu Marburg vom 15. August 1911 auf Kosten der Staatskasse abgelehnt worden. Das Gutachten des als Sachverständiger vernommenen Direktors der Landes-Irrenanstalt in Merxhausen, wonach Frl. Albrecht an degenerativem Irrsinn leide, ist vom Gericht mit folgenden Gründen verworfen worden: „Nach den in dem Gutachten angeführten Gründen hält das Gericht eine Geisteskrankheit des Frl. Albrecht nicht für nachgewiesen. Das Gericht ist vielmehr insbesondere nach der nochmaligen eingehenden Vernehmung der Albrecht in Übereinstimmung mit dem Richter, der ihre Vernehmung gemäß § 654 der Zivilprozeßordnung bewirkt hat, zu der Überzeugung gekommen, daß sie nicht geistesgestört ist. Es ist durchaus erklärlich und offenbar, daß die Albrecht bei den fortgesetzten Entbehrungen und Aufregungen in ihrer Familie schon zu Lebzeiten ihres dem Trunke ergeben gewesenen Vaters und im Zusammenleben mit ihrer geisteskranken und entmündigten Mutter, sowie durch die $14^1/_2$ monatliche gegen ihren Willen erfolgte und vom 21. Dezember 1909 bis 7. März 1911 fortgesetzte rechtswidrige Freiheitsberaubung durch Internierung in der Irrenanstalt an ihren von Natur ohnedies nicht starken Nerven erheblich gelitten hat. Ein geistiger Defekt und insbesondere eine geistige Störung, die sie zur Besorgung ihrer Angelegenheiten unfähig macht, ist aber bei ihr nicht festzustellen. Von irgendwelchem Mangel auf intellektuellem Gebiete war bei einer über drei Vormittage und jedesmal über eine $4^1/_2$ stündige Dauer sich erstreckenden eingehenden Vernehmung nicht das geringste wahrzunehmen. Ihre Ausdrucksweise war stets klar und deutlich, ihre Erzählungen fließend und der Gedankengang durchaus logisch und verständig, ihr Erinnerungsvermögen geradezu staunenerregend. Den im Gutachten als krankhaft bezeichneten häufigen „unmotivierten" Stimmungswechsel, sowie die ihr vorgehaltenen Affektausbrüche hat sie bei ihrer Vernehmung eingehend gerechtfertigt. Ihr ganzes Verhalten sowohl in der Landesheilanstalt in Marburg als auch im Landeshospital in Merxhausen erklärt sich überzeugend auf die von ihr angegebene Weise aus der Verzweiflung und Empörung über die Macht- und Hilflosigkeit gegenüber dem an ihr begangenen Verbrechen der Freiheitsberaubung. Daß dieses Verbrechen in der Tat vorliegt, hat der Unterzeichnete (Geh. Justizrat von Boxberger in Marburg) in seinen Abhandlungen im Zentralblatt für die freiwillige Gerichtsbarkeit, sowie speziell für den vorliegenden Fall in den hiesigen Akten betreffend die Pflegschaft über Helene Albrecht nachgewiesen. Die Erregung der letzteren gestattet daher nicht den Schluß auf geistige Erkrankung, sondern war umgekehrt ein Beweis ihrer geistigen Gesundheit, weil sie durchaus natürlich und berechtigt war. Jeder andere geistig gesunde Mensch würde ebenso gehandelt und nur stumpfsinnige Geisteskranke würden sich ruhig in ihr Schicksal ergeben haben. Auf ihre leichte Reizbarkeit und ihr Mißtrauen gegen fremde Personen, die ihr im Leben schon feindlich gegenüber getreten sind, findet in der Verzweiflung über ihr bisheriges unglückliches Geschick seine Entschuldigung." — Soweit der vom Geh. Justizrat von Boxberger verfaßte Beschluß. Im Auftrage des Frl. Albrecht wird nunmehr Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried Schadensersatzansprüche für dieselbe geltend machen."

Herr Direktor Dr. Schedtler, Merxhausen, sendet der Redaktion folgende **Richtigstellung:**

Zum Fall Albrecht.

Der Sohn Albrecht erkrankte als Student vor einigen Jahren an einer geistigen Störung. Er wurde längere Zeit in der Landesheilanstalt Marburg behandelt und von dort auf Grund eines die Unheilbarkeit der geistigen Erkrankung feststellenden Gutachtens des Direktors dieser Anstalt, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek in die Pflegeanstalt Haina überführt, wo er sich z. Zt. noch befindet.

Mutter und Tochter Albrecht wurden auf Grund kreisärztlicher Gutachten, in denen bei *beiden* geistige Erkrankung, bei der Mutter auch Gemeingefährlichkeit festgestellt wird, auf Antrag des Orts-Armen-Verbandes Marburg und mit Zustimmung der dortigen Polizeibehörde am 21. Dezember 1909 in die Landesheilanstalt Marburg überführt. Von dort wurde die Mutter Albrecht am 10. März 1910, die Tochter am 15. Juni 1910 in das Landeshospital Merxhausen aufgenommen, nachdem durch den Direktor der Landesheilanstalt Marburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek über beide Frauen ausführlich motivierte, ihre geistige Erkrankung und ihre weitere Anstaltspflegebedürftigkeit feststellende Gutachten erstattet worden waren. Die Mutter Albrecht befindet sich noch in der Anstalt, die Tochter Albrecht wurde durch Verfügung des Herrn Landeshauptmanns in Hessen am 7. März 1911 aus dem Landeshospital Merxhausen entlassen.

Der zuständigen Staatsanwaltschaft wurde in allen Fällen sowohl seitens der Landesheilanstalt Marburg wie des Landeshospitals Merxhausen alsbald nach der Aufnahme die vorgeschriebene Anzeige erstattet. Außerdem ging der Staatsanwaltschaft in jedem Fall noch eine besondere Anzeige von der erfolgten Unheilbarkeitserklärung zu.

Von einer „widerrechtlichen Freiheitsberaubung" kann hiernach bei den genannten Personen keine Rede sein.

Gegen die Tochter Albrecht schwebt z. Zt. noch das Entmündigungsverfahren. Gegen den in diesem Verfahren von dem Amtsgericht Marburg ergangenen ablehnenden Beschluß hat die Staatsanwaltschaft Beschwerde erhoben. Das Verfahren ist also noch nicht abgeschlossen, und es erübrigt sich daher auch, auf die Urteilsbegründung des Königlichen Amtsge-

richts Marburg näher einzugehen. Nur soviel sei bemerkt, daß der in diesem Urteil versuchte Nachweis, daß bei der Helene Albrecht Geistesstörung überhaupt nicht vorliege, im Widerspruch mit den vorliegenden Gutachten von drei in dieser Sache zu Wort gekommenen ärztlichen Sachverständigen steht.

Schedtler.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Uchtspringe.** Dem Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe, Prof. Dr. Alt, wurde der königl. preußische Kronenorden III. Klasse verliehen, dem Oberarzt Dr. Hoppe der Rote Adlerorden IV. Kl.

— **Kaiserswerth a. Rh.** Der Charakter als Sanitätsrat wurde dem Chefarzt der Heilanstalt, Dr. Tippel verliehen.

Therapeutisches.

Zur **Frage der Salvarsan-Wirkung (Ehrlich) aufs Auge** berichtete Igersheimer (Halle) bei der 37. Zusammenkunft der Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg am 3., 4. u. 5. VIII. 1911, auf Grund von Experimenten, daß bei Katzen sowohl bei subakuter Intoxikation als auch bei chronischer mit kleinen Dosen (0,025 pro dosi) erhebliche Zelldegenerationen in der Netzhaut auftraten. „Am Sehnerv zeigte sich nach der subakuten Vergiftung nur spärliche Degeneration der Fasern, nach der chronischen dagegen sehr ausgeprägte Marchireaktion sowie mäßige Marchidegeneration." Ferner bei chronischer Vergiftung Haarausfall an den verschiedensten Körperstellen. (Vermutlich Wirkung von langsam abgespaltenem anorganischem Arsen, wenigstens bei chronischer Vergiftung.) [Bei Kaninchen (therapeutische Dosen, sowie 7—11 malige Injektion) und bei einem Hunde (nach subakuter Vergiftung) wurden keine Veränderungen am Auge konstatiert.] Trotzdem glaubt I. nicht, daß es sich bei den sogenannten Neurorezidiven nach Salvarsan um Arsenvergiftung handelt. (Med. Klinik, 1911, p. 1404.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Geh. Hofrat Dr. Flamm's
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke,
Pfullingen i. Württbg.
In sehr schöner Gegend gelegen, nahe Tübingen. 4 Ärzte. Mäßige Preise.
Leitender Arzt: **Dr. Kurz.**

Sanatorium Bühlau
b. Weisser Hirsch.
Physikal. diätet. Kuren. Chefarzt Dr. von Hahn
Das ganze Jahr geöffnet.
Prospekte durch die Direktion.

Sanatorium Buchheide, Finkenwalde
bei Stettin
für Nervenkranke, Morfinisten, Alkoholiker
Dr. Colla.

Christofsbad Göppingen (Württbg.)
Heil- und Pflegeanstalt für Psychisch-Kranke.
Anmutig gelegen, inmitten alter Gärten. Daran anstoßend landwirtschaftliche Colonie. 4 Aerzte. Altberühmter Sauerbrunnen. Mäßige Preise, unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse und der Aufenthaltsdauer. Prospekte frei durch die Direktion.
Der dir. Arzt: **Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer.**

Harmlose Nerven- und Gemütskranke
finden Aufnahme und sachgemäße Behandlung bei Dr. med. **H. Heuer** in **Rodenberg a. D.** bei Bad Nenndorf.

Nervöse und in der **Entwickelung** zurückgebliebene
israel. Knaben und Jünglinge höherer Stände
finden in dem herrlich gelegenen, von Waldung umgebenen
Landheim Schwelm i. W.
Erziehung und berufliche Ausbildung im Gartenbau. Geringe Zöglingszahl ermöglicht streng individuelle Behandlung. — Gute Verpflegung. — Wissenschaftliche Fortbildung. — Handfertigkeits-Unterricht — Spezialärztliche Aufsicht. — Bäder, Sport etc. Auskunft erteil.
Die Direktion des Landheims Schwelm i. W., Steinhauser Berg.

Sanatorium Kurhaus Lindenfels
zwischen Darmstadt-Heidelberg 400 m hoch in schönster Waldgegend gelegen. Prospekte.
Sanitäts-Rat Dr. Klaus Schmitt, Nervenarzt.

Stellengesuche.

An d. Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu **Sorau** N.-L. ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zum 1. November 1911 zu besetzen. Ernennung zum „Arzt" — mit Aussicht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung — nach mindestens einjährig. psychiatrischer Tätigkeit, von der 6 Monate im Brandenburgischen Provinzialanstaltsdienst mit befriedigender Dienstführung zurückgelegt sein müssen, und nach Erlangung des medizinischen Doktorgrades in Aussicht gestellt. Bis dahin erhält ein Unverheirateter 1800 oder 1900 M. Gehalt, Wohnung für seine Person und freie Station I. Klasse, ein Verheirateter neben dem gleichen Gehalt Familienwohnung und den etatsmäßigen Barwert der freien Station mit 800 M. Bei Anstellung neben Dienstwohnung Anfangsgehalt 3600 M., alle 3 Jahre um 400 M. steigend. Vom 7. Dienstjahre ab Beförderung zum Oberarzt zu erwarten mit 4600 bis 6600 M.

Meldungen sind an den Direktor der Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu **Sorau** N.-L. zu richten.

Für unsere städtische Nervenheilanstalt (Irrenheil- und Pflegeanstalt) wird **baldigst** ein

Assistenzarzt

gesucht. **Ohne** psychiatrische Vorbildung: 1. Jahr 1700 M., 2. 2000 M., 3. 2200 M., 4. 2400 M., **mit** solcher: 1. Jahr 2000 M., 2. 2200 M., 3. 2400 M., 4. 2600 M., sowie in beiden Fällen freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Beköstigung und 150 M. Entschädigung für Getränke, 1/4 jähr. Kündigung. Auswärtige Dienstzeit kann angerechnet werden. Zeugnisse und Lebenslauf erbeten an den **Rat der Stadt Chemnitz.**

Nervenarzt

von Ruf, polyglott, mit guten Verbindungen im Westen und Osten Deutschlands, gegenwärtig Badearzt, **sucht** für die nächste Wintersaison **Tätigkeit** als Arzt an einem Sanatorium oder Winterkurort. Spätere Kapitalbeteiligung nicht ausgeschlossen.

Offerten unter **„Winter M. B. 6166"** an **Rudolf Mosse, München,** erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 26. 23. September **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Über Mandschurische Taschinen. Von Dr. B. P. Fomenko in St. Petersburg. (S. 255.) — Die Typhusepidemie in der Prov.-Irrenanstalt Conradstein. (S. 257.) — Mitteilungen (S. 258): Fürsorge für Kranke und Gebrechliche in Preußen. Irrenabteilung an der Strafanstalt Insterburg. Versammlung des Internat. Vereins für med. Psychologie und Psychotherapie. 41. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe. Einladung des österr. psychiatr. Verbands zum Irrenärztetag in Linz. — Referate (S. 263). — Personalnachrichten (S. 264.) — Therapeutisches (S. 264): Veronal-Trogakokain.

Über Mandschurische Taschinen.

Von Dr. *B. P. Fomenko* in St. Petersburg.

Während des Russisch-Japanischen Krieges hatte ich Gelegenheit, verschiedene Vertreter der Mandschurischen Volksmedizin kennen zu lernen, und im vorliegenden Artikel möchte ich die sogenannten Taschinen beschreiben, welche ein bedeutendes Interesse vom Standpunkt der Sitten und der Neuropathologie beanspruchen. Diese Heilkünstler sind selbst schwer nervenkrank, und nur dank besonderen Anschauungen des ungebildeten Volkes über ihre Krankheit kommen sie dazu, fremde Leiden zu behandeln. Die Taschinen befassen sich ausschließlich mit der Behandlung von Kinderkrankheiten, wobei sie keinerlei Arzneien benutzen: nach der Überzeugung des Volkes behandeln sie als Vermittler einer besonderen Gottheit, welche mit ihnen in enger Gemeinschaft steht. Die Taschinen erscheinen somit als eine besondere Form des Schamanentums, welches unter vielen auf niederer Kulturstufe stehenden Völkern sehr verbreitet ist und von den Asiaten als der Schwarze (d. h. rohe, unaufgeklärte) Glaube bezeichnet wird, im Gegensatz zum Gelben Glauben — dem Buddhismus.

Das Wort „taschin", welches in einigen Gegenden Chinas „tjaoschen" ausgesprochen wird, bedeutet „Tanzender vor den Göttern". Ich habe die Taschinen in der nördlichen Mandschurei, im Dorf Lunuamjausa (200 Werst südlich von Charbin) beobachtet und erhielt daselbst vom chinesischen Übersetzer folgende Mitteilungen über die Volksanschauungen, die Taschinen betreffend. Nach dem Volksglauben gibt es einen Gott, welcher Kinder und Chanschin (ein örtliches alkoholisches Getränk) liebt. Wenn dieser Gott einem Kinde helfen oder Chanschin trinken will, so läßt er sich in einem Menschen nieder; seinem Auserwählten erscheint der Gott als weißer Fuchs, seltener in irgendeiner anderen Gestalt, und der Mensch, welcher den Gott gesehen hat, ist verpflichtet, sich der Behandlung der Kinderkrankheiten zu widmen; will er das nicht, so zwingt ihn der Gott dazu: er ruft bei ihm Krämpfe hervor, wirft ihn zu Boden, rollt ihn auf der Erde und der Auserwählte verläßt zuletzt sein Haus und wird ein Taschine: er singt Beschwörungen über kranke Kinder zu den Klängen eines Tambourins und trinkt dabei eine ziemlich große Menge Chanschin, was dem Gott ein großes Vergnügen bereitet. Der Gott verbleibt im Taschine drei Jahre und im vierten Jahr beendigt der Taschine seine Tätigkeit: niemand glaubt ihm mehr, und selbst wenn bei ihm auch noch Krämpfe vorkommen, so werden sie für simulierte gehalten. Ein guter Taschine bringt sich während dem Gesang der Beschwörungen Wunden am Kopf bei und macht mit seinem Blut Aufschriften auf dem Körper des Patienten; bei der Verwundung verspürt der Taschine keinen Schmerz, was als Beweis des Aufenthaltes der Gottheit im Taschinen gilt. Nach den Worten des Übersetzers gibt es in China viele Taschinen beiderlei Geschlechts und verschiedenen Alters. Der Taschine, welchen ich während seiner Tätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte, war von einem Chinesen zu einem an katarrhaler Pneumonie hoffnungslos erkrankten Kinde berufen worden. Es war ein Mann von ca. 35 Jahren, von kräftigem Körperbau, ohne irgendwelche Besonderheiten in physischer und psychischer Beziehung (so viel man ohne eine spezielle Untersuchung beurteilen konnte). Er setzte sich gegenüber den Darstellungen der Götter, welche sich in jedem chinesischen Hause befinden; das kranke Kind wurde in seine Nähe gelegt und zu seinen Füßen setzte sich

auf den Fußboden der Begleiter des Taschinen; letzterer hielt in der Hand ein von den Eltern des Kindes gestiftetes Gefäß mit Chanschin. Vor den Göttern wurden Lichte angezündet, und der Taschine begann mit seinen Beschwörungen. Der Gesang war zuerst sehr langsam und schwermütig, begleitet von einzelnen Schlägen des Tambourins. Von Zeit zu Zeit goß der Begleiter des Taschinen dem letzteren aus einer kleinen Tasse Chanschin in den Mund. Allmählich wurde der Gesang ein sehr schneller, mit lauten Ausrufen, die Schläge aufs Tambourin wurden immer häufiger und der Taschine verlangte wieder und wieder Chanschin. Die Eltern des kranken Kindes weigerten sich, ihm noch mehr Chanschin zu geben, und ließen sich dazu nur durch die Bemerkung des Begleiters des Taschinen bewegen, daß nicht der Taschine, sondern der Gott trinken wolle. Bald erreichte der Gesang des Taschinen eine unglaubliche Geschwindigkeit, es wurde unmöglich, die einzelnen Worte der Beschwörungen zu trennen, die Schläge des Tambourins wurden immer häufiger, endlich wurden die Bewegungen der das Tambourin schlagenden Hand choreatisch unordentlich: der Taschine schlug sich mit einem Stäbchen das Gesicht und den Rücken und auch die umstehenden Personen erhielten Schläge. Endlich legte sich der Taschine das Tambourin auf den Kopf und verlor mit einem lauten Aufschrei das Bewußtsein: der Atem stockte im Stadium des Einatmens, die Extremitäten erstarrten in einem tonischen Krampf, die Wirbelsäule war maximal opistotonisch ausgebogen. Aus dem Zustande der Erstarrung, welcher an die tonischen Krämpfe der Epileptiker erinnerte und ca. 1 Minute andauerte, wurde der Taschine durch seinen Begleiter befreit. Letzterer rüttelte ihn sehr kräftig, indem er ihn an seinen Kleidern faßte, und goß ihm eine gründliche Portion Chanschin in den Mund. Nach dem Erwachen hatte der Taschine sofort das Aussehen eines vollkommen ruhigen Menschen und es war sogar kein alkoholischer Rausch bemerkbar trotz der großen Menge des vom Taschinen getrunkenen alkoholischen Getränkes. Mit stolzer Miene fragte er mich, ob es in Rußland solche Männer wie er gibt. Nach einer Unterbrechung von einer halben Stunde fing der Taschine seine Beschwörungen in derselben Reihenfolge von neuem an und im Verlauf des Tages vollbrachte er im ganzen sechs Beschwörungen über dem Kranken. Am Ende der letzten Beschwörung brachte er sich mit einem Messer eine ziemlich tiefe Wunde an dem nach chinesischer Art rasierten vorderen Teil des Scheitels bei und machte mit seinem Blut Aufschriften auf der Brust und der Stirn des Kindes. Leider erlaubte mir der Taschine nicht sein Nervensystem zu untersuchen, jedenfalls muß man annehmen, daß an der Kopfhaut des Taschinen Analgesie vorhanden war, da er bei der Verwundung keinen Schmerz empfand. Auf der beifolgenden Photographie ist ein anderer Taschine dargestellt, welcher in meiner Nachbarschaft lebte; es war ein träger, apathischer Mann, von un-



gefähr 30 Jahren, von schwächlichem Körperbau; er hatte Kinder und verbrachte seine Zeit zu Hause ganz beschäftigungslos. Er besuchte zu seinen pädiatrischen Zwecken die benachbarten Dörfer und kehrte einst mit einer 4 cm langen, fast bis zum Knochen reichenden Hautwunde am vorderen Teil des Scheitels zurück. Er erlaubte mir nicht, diese eiternde Wunde zu verbinden, und sagte, daß sie nicht gefährlich sei und nicht behandelt werden dürfte, da er sie sich während der Gemeinschaft mit der Gottheit zugefügt habe. Dieser Taschine erlaubte mir gern, ihn mit seinen Attributen — dem Tambourin und einem Gürtel aus Bändern — zu photographieren, und ich hatte sogar Gelegenheit, sein Nervensystem zu untersuchen, wobei ich folgende für Hysterie charakteristische Erscheinungen feststellte: volle Abwesenheit der Gaumen- und Würgreflexe, starke Abschwächung der taktilen sowie auch der Schmerzempfindlichkeit der Gesichts- und Kopfhaut, Anästhesie der Haut der Vorderarme und der unteren Hälfte der Oberarme, eine ziemlich starke Hyperästhesie der Rückenhaut unterhalb der Mitte der Schulterblätter, eine starke Steigerung der Patellar- und Achillessehnenreflexe.

Indem ich die Erzählung des Übersetzers durch meine eigenen Beobachtungen ergänze, komme ich zum Schluß, daß die Taschinen ohne allen Zweifel

nervenkranke Menschen sind, welche Gesichtshalluzinationen (weiße Füchse u. dgl.) verbunden mit Störungen der Hautempfindlichkeit und Bewegungssphäre (tonische und klonische Krämpfe) haben; augenscheinlich dauert die Periode der Krämpfe in der großen Mehrzahl der Fälle nicht über drei Jahre. Man muß annehmen, daß unter den Taschinen die verschiedensten Arten von Nervenkranken — Hysteriker, Epileptiker, Hystero-Epileptiker und Choreatiker — vorkommen. Es ist höchst wahrscheinlich, daß unter den Taschinen Simulanten vorkommen, doch ist es unzweifelhaft, daß die Simulanten unter ihnen eine sekundäre Erscheinung sind und daß die Basis des Taschinentums eine infolge von Unwissenheit eigenartig aufgefaßte Nervenkrankheit ist. Diese Auffassung der Nervenkrankheit bringt voraussichtlich den Taschinen selbst großen Schaden, da die häufige Versetzung in den Zustand der Ekstase und die Vergiftung mit Chanschin, welcher sehr reich an Fuselöl ist, nicht ohne schädlichen Einfluß auf das kranke Nervensystem bleiben kann. Diese eigenartigen Volkspädiater können den kranken Kindern keinen größeren Schaden zufügen, als die volle Abwesenheit jeglicher Hilfe, da in der Heilmethode der Taschinen das Prinzip „primum nil nocere" in seinem vollen Umfange durchgeführt wird.

Zum Schluß meiner Mitteilungen möchte ich der Hoffnung Ausdruck geben, daß die Herrn Kollegen die Unvollständigkeit meiner Untersuchung des Nervensystems des Taschinen entschuldigen werden, indem sie die schwierigen Umstände berücksichtigen, unter welchen ich diese nicht uninteressante Erscheinung beobachten konnte: während des Krieges in einem fremden Lande mit niedriger Kultur.

Die Typhusepidemie in der Prov.-Irrenanstalt Conradstein.

Am 10. April d. Js. erkrankte ein Kind eines Anstaltsbeamten an Unterleibstyphus, das in der Schule in der benachbarten Stadt Pr. Stargard seinen Platz neben einer kurz darauf infolge einer fieberhaften Erkrankung verstorbenen Mitschülerin gehabt hatte.

Die Todesursache bei der Verstorbenen ist nicht festgestellt worden, soll aber „Hirnentzündung" gewesen sein. Am 21. und 23. desselben Monats erkrankten dann weiter zwei Pflegerinnen und Ende des Monats eine Geisteskranke, die, einige Wochen vorher in die Anstalt aufgenommen, unmittelbar vor ihrer Aufnahme aus Rußland eingewandert war. Trotz der sofort vorgenommenen Maßregeln mehrten sich die Fälle von Anfang Mai an schnell, so daß bis 20. Mai 19 Personen (8 Männer und 11 Frauen) von der Krankheit ergriffen waren. In den nächsten Wochen traten nur je ein bis zwei Fälle auf, bis in der dritten Juniwoche plötzlich ein stärkeres Anschwellen der Epidemie sich bemerkbar machte, so daß in dieser Woche 15 und in der folgenden 26 Erkrankungen vorkamen. Die Zahlen gehen dann wieder herunter, bis auf einen Fall in der zweiten Augustwoche; in der dritten Augustwoche ist kein Fall zu verzeichnen, dann folgen wieder neun und zwei Erkrankungen in der vierten und fünften Woche. Allem Anscheine nach ist die Epidemie im Erlöschen, zurzeit liegen noch sechs Kranke mit Fieber. Im ganzen sind 67 Männer und 65 Frauen erkrankt, davon 12 bezw. 18 Personen des Pflegepersonals und 14 Beamte und sonstige Angestellte bezw. deren Familienangehörige. Von den Gestorbenen (neun Männer und zehn Frauen) wurden bei fünf durch die Sektion andere Krankheiten als Todesursache festgestellt.

Das Umsichgreifen der Krankheit hatte den Herrn Minister des Innern veranlaßt, eine Besichtigung der Anstalt durch den Abteilungschef im Institut für Infektionskrankheiten, Herrn Prof. Dr. Lentz, anzuordnen, die am 18. Juli erfolgte. Die anstaltsseitig getroffenen Maßnahmen zur Unterdrückung der Krankheit wurden dabei gutgeheißen, im wesentlichen wurde durch das Ministerium eine Untersuchung der sämtlichen Anstaltsinsassen sowie des gesamten Personals mit deren Familienangehörigen auf Typhusbazillen angeordnet, die in den Tagen vom 22. Juli bis 3. August zum Teil in Berlin in dem Institut für Infektionskrankheiten, zum Teil in dem Medizinal-Untersuchungsamt in Danzig ausgeführt wurde. Es sind dabei 18 und in der Folge noch 3 Bazillenträger entdeckt worden, von denen auf Grund der später erfolgten Nachuntersuchungen 19 ausgeschieden sind, während bei 2 Frauen noch Bazillen nachgewiesen wurden. Wegen einer zweiten und dritten allgemeinen Untersuchung schweben noch Verhandlungen.

Die Absonderung der Kranken erfolgte in den Lazarettgebäuden auf der Männer- und Frauenseite, die in ihrer Bauart für derartige Zwecke eingerichtet sind, in vier Gruppen, und zwar Verdächtige, Kranke, Entfieberte und mit Bazillen behaftete Personen ohne klinischen Befund (Bazillenträger).

Die Desinfektion in diesen Häusern sowie an allen Stellen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, des Eßgeschirrs durch strömenden Dampf, der Wäsche und sonstigen Gebrauchsgegenstände geschieht in der nachdrücklichsten Weise, dennoch hat sich die Ausbreitung der Krankheit nicht hindern lassen. Eine direkte Veranlassung konnte nicht ermittelt werden; es muß angenommen werden, daß die oben erwähnten ersten Fälle von außen her, durch das Schulkind aus Pr. Stargard, durch die russische Patientin und durch beurlaubtes Pflegerpersonal eingeschleppt worden und die weiteren Erkrankungen infolge von Kontaktinfektionen in der überfüllten Anstalt entstanden sind. — Im übrigen ist die Stadt Stargard, in deren unmittelbarer Nähe Conradstein liegt, von jeher ein Typhusherd gewesen, es verging kein Jahr ohne neue Typhuserkrankungen. Aus der Stadt ist für die Landwirtschaft der Anstalt die Ausfuhr der Müll- und Düngergruben einer großen Anzahl von öffentlichen und privaten Gebäuden seitens Anstaltspersonen bewirkt worden. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die Epidemie aus Stargard eingeschleppt worden ist.

Die bakteriologischen Untersuchungen des Trinkwassers, der Milch, Butter, des Eises und der Abwässer auf dem Rieselfelde sind negativ ausgefallen.

Etwa um die Mitte der Epidemie wurde uns von den Höchster Farbwerken, Meister, Lucius & Brüning zur Behandlung der Typhuskranken ein Serum anempfohlen, das seitdem mit sichtbarem Erfolg in zahlreichen Fällen angewendet worden ist. Dasselbe ist noch nicht im Handel. Ausführliche Mitteilungen darüber werden nach Beendigung der Epidemie erfolgen.

Mitteilungen.

— **Fürsorge für Kranke und Gebrechliche in Preußen.** Erlaß, betr. Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen, vom 8. Juli 1911. — M. Nr. 5013. — M. d. ö. A. III. B. 4. 934. — M. f. H. pp. III. 4735.

Auf Grund der infolge der Erlasse vom 8. Juli 1907 — M. 6521 —, vom 14. August 1908 M. 7456 und vom 22. Oktober 1910 — M. 5274 — erstatteten Berichte sind nunmehr die neuen Vorschriften aufgestellt worden, die künftig für Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen maßgebend sein sollen.

Euerer pp. übersenden wir zehn Abdrücke des Entwurfs zu diesen Vorschriften mit dem Ersuchen ergebenst, die Zustimmung des Provinzialrats zu einer sich an den Wortlaut dieses Entwurfes anschließenden Polizeiverordnung herbeizuführen, die Verordnung sodann für den Bereich der dortigen Provinz gefälligst bald zu erlassen und mir, dem Minister des Innern, drei Exemplare der Polizeiverordnung einzureichen.

Im Hinblick auf die große Bedeutung, welche der Schaffung ordnungsmäßiger und der öffentlichen Gesundheitspflege genügend Rechnung tragender Kranken- pp. Anstalten innewohnt, wollen Euere pp. ferner die Regierungspräsidenten veranlassen, den Ortspolizeibehörden aufzugeben, daß sie die Genehmigung zum Neubau, Umbau oder zur Erweiterung einer nicht unter § 30 der Gewerbeordnung fallenden Anstalt nicht früher erteilen, als bis sie hierzu die Zustimmung des Regierungspräsidenten erhalten haben.

Zugleich erlasse ich, der Minister des Innern, die in der Anlage bezeichneten Vorschriften als allgemeine Anordnung im Sinne des § 115 Abs. 3 des Zuständigkeitsgesetzes zur Nachachtung bei der Konzessionierung der Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten.

Ich ersuche die Regierungspräsidenten zu beauftragen, daß sie den Bezirksausschuß entsprechend benachrichtigen.

Berlin, den 8. Juli 1911.

Der Minister des Innern.
v. Dallwitz.

Der Minister der öffentlichen Arbeiten. Im Auftrage: Francke.	Der Minister für Handel und Gewerbe. In Vertretung: Schreiber.

An die Herren Oberpräsidenten.

Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen.

§ 1. Größere Krankenanstalten im Sinne der nachstehenden Vorschriften sind Anstalten mit mehr als 50 Betten, kleinere Anstalten solche mit 50 Betten und darunter.

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 2. 1. Die Krankenanstalt muß frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz muß wenigstens 100 qm für das Bett groß, der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

2. Die Frontwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 20 m, die übrigen wenigstens 10 m entfernt sein.

3. Vor den Fenstern der Krankenzimmer muß mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, daß die

Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30 Grad zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird.

4. Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig.

5. Jedes Stockwerk, das für mehr als 30 Betten bestimmt ist, muß zwei Treppen mit Ausgängen ins Freie haben.

6. Bei größeren Krankenanstalten muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein.

§ 3. 1. Flure und Gänge müssen mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, lüft- und heizbar sein.

2. Gänge, an denen Krankenräume liegen, sind einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenräumen gegenüberliegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade-, Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw.) bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

§ 4. 1. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

2. Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

3. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

4. Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungszimmern sowie in solchen Räumen, in denen Personen mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden, abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein.

5. Die Türen und Fenster sollen mit einfacher, abgerundeter Profilierung sowie abwaschbar hergerichtet sein.

§ 5. 1. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage unter Ausschluß von Natursteinen hergestellt und in allen Geschossen einschließlich des Dachgeschosses mit massiven Wänden umgeben werden. Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips, Kunststeinplatten, Rabitzmasse u. dgl.

2. Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein, die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittsbreite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

3. Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 6. 1. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen, die Fensterfläche soll in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens $^1/_7$ der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmern) mindestens 2 qm betragen.

2. Für Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, kann eine größere Fensterfläche vorgeschrieben werden.

3. Die Fenster müssen mit geeigneten Einrichtungen zum Schutz gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

§ 7. 1. Bei bettlägerigen Kranken muß in mehrbettigen Zimmern für jedes Bett ein Luftraum von wenigstens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Bodenfläche vorhanden sein; bei Kindern unter 14 Jahren genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 20 cbm bei 5 qm Bodenfläche für jedes Bett.

2. Bei Kranken, die nicht bettlägerig sind, genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 24 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren ein Luftraum von 15 cbm, wenn ausreichende Tageräume von mindestens 2 qm Bodenfläche für den Kranken vorhanden sind.

3. Mehr als 30 Betten dürfen in einem Krankenraum nicht aufgestellt werden.

§ 8. 1. In jeder Krankenanstalt muß für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht nach Norden gelegener Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, sind als Tageräume anzusehen.

2. Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden.

§ 9. 1. Alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume müssen in einwandfreier Weise zu heizen, zu lüften und zu beleuchten sein.

2. Die Fenster der von den Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtungen versehen sein.

3. Für alle von Kranken benutzten Räume, Flure und Gänge muß eine ausreichende Erwärmung vorgesehen sein. Hierbei ist der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen, Staubentwicklung von der Heizeinrichtung aus und Überhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

§ 10. Für jedes Krankenbett müssen täglich wenigstens 200 l gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können.

§ 11. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

2. Auswurfs- und Abfallstoffe, von denen anzunehmen ist, daß sie Krankheitserreger enthalten, müssen sofort unschädlich gemacht werden.

§ 12. 1. Die Aborträume sind in ausreichendem Umfang mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt anzulegen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der wie der Abort selbst mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben muß, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen.

2. Für das Pflegepersonal sind besondere, von denjenigen für die Kranken getrennte, Aborträume anzubringen.

§ 13. 1. In jeder Krankenanstalt müssen geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder vorhanden sein.

2. In größeren Anstalten sollen mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung zu Vollbädern für die Aufnahme und Reinigung, einer für ansteckende Kranke und einer für das Pflegepersonal auf jeder Abteilung vorhanden sein, ebenso eine transportable Wanne.

§ 14. 1. In jeder Krankenanstalt sind je ein Raum für ärztliche Untersuchungen, ein Raum zum Abstellen und Erwärmen der Speisen mit den erforderlichen Wärmevorrichtungen und ein Raum für die Darreichung der „Ersten Hilfe", der zugleich als Behandlungszimmer dienen kann, ferner Einzelzimmer vorzusehen, in denen Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, untergebracht werden können.

2. Bei größeren Krankenanstalten müssen derartige Räume in einer den Abteilungen entsprechenden Zahl vorhanden sein.

§ 15. In Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, sind in der erforderlichen Weise ausgestattete Operationszimmer einzurichten, die auch die Vornahme aseptischer Operationen gestatten.

§ 16. Die Wirtschaftsräume sind so anzulegen, daß Dünste oder Geräusche aus ihnen nicht in die Krankenräume dringen können. Bei größeren Krankenanstalten sind die Wirtschaftsräume in einem besonderen Gebäude oder Gebäudeteil unterzubringen.

§ 17. 1. Jede Krankenanstalt muß eine ausschließlich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Infizierte Wäsche darf ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden.

2. Für jede Krankenanstalt ist in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteile eine geeignete Desinfektionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte eine öffentliche Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

3. Zur Unterbringung von Leichen ist in jeder Krankenanstalt ein besonderer Raum in erforderlicher Weise einzurichten und auszustatten, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für größere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit einem Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

4. Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus dürfen unter einem Dach angeordnet werden, wenn die Anlagen untereinander durch eine massive Wand vollständig getrennt werden. Dagegen darf die reine Seite der Desinfektionseinrichtung mit der Waschküche in Verbindung stehen.

§ 18. In allen Krankenanstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in größeren Anstalten in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

§ 19. Für Kranke, die an übertragbaren Krankheiten leiden, sind die erforderlichen Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgesonderten Abteilung mit besonderem Eingang von außen, bei Obergeschossen wenn möglich auch mit besonderer Treppe von außen vorzusehen.

II. Vorschriften über besondere Anstalten.

a) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige.

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose oder unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1 bis 19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9 Abs. 2, § 12 und § 13 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. 1. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist, genügende Lüftung und Belichtung vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 20 cbm und der Grundfläche im Tagesraum auf etwa 3 qm für den Kranken zulässig (§ 7 und 8). Auch kann in bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Dispens gewährt werden.

2. Die im § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung.

3. Arbeitsräume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter den § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2 bis 19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigent-

lichen Krankenräume als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitsstätten und Nebengelasse ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilanstalten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime für Nervenkranke, Anstalten für Alkoholkranke und ähnliche Anlagen. In jeder Nervenheilanstalt pp. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den Anstalten für Geisteskranke, Epileptische oder Schwachsinnige (§§ 20 bis 23) bis zu 20 Betten muß wenigstens ein passend gelegener und eingerichteter Raum von 40 cbm Luftraum für die Absonderung von Kranken vorhanden sein, in Anstalten von 21 bis 50 Betten sind wenigstens zwei solche Räume vorzusehen.

In größeren Anstalten dieser Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten einzurichten.

b) Lungenheilstätten.

§ 26. Lungenheilstätten und Abteilungen für Lungenkranke in allgemeinen Krankenanstalten fallen unter die Vorschriften der §§ 1 bis 19. In solchen Anstalten und Abteilungen sind Gesellschafts- und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien in einer der Größe der Anstalt oder Abteilung entsprechenden Art und Zahl vorzusehen. Auf die in § 8 Abs. 1 vorgeschriebenen Tageräume können diese Räume und Einrichtungen in Anrechnung gebracht werden.

§ 27. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, ist, genügende Lüftung, Belichtung und das Vorhandensein ausreichender Tagesräume vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafzimmern für mehrere Kranke auf 20 cbm, bei Kindern unter vierzehn Jahren auf 12 cbm zulässig.

§ 28. Für Erholungsstätten, Walderholungsstätten, Heime für Ferienkolonisten und ähnliche Anstalten gelten die Vorschriften der §§ 22 bis 25.

c) Entbindungsanstalten und Säuglingsheime.

§ 29. In Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten oder Abteilungen dieser Art in allgemeinen Krankenanstalten gelten für diejenigen Räume, in denen Kreißende, Wöchnerinnen und erkrankte Pfleglinge untergebracht werden, die Bestimmungen der §§ 1 bis 19 mit der Maßgabe, daß für je eine Wöchnerin mit ihrem Kind in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen wenigstens 35 cbm und in Zimmern für nur eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 45 cbm in Ansatz zu bringen sind.

§ 30. In Entbindungsanstalten mit mehr als vier Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer mit der nötigen Einrichtung vorzusehen. In Entbindungsanstalten, die auch frauenärztlichen Zwecken dienen und nicht mehr als zehn Betten haben, kann das Entbindungszimmer zugleich als Operationszimmer benutzt werden.

§ 31. Für die übrigen Räume, namentlich für diejenigen der Schwangeren, gelten die Bestimmungen des § 22.

§ 32. 1. In den Räumen für Säuglinge soll auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 12 cbm entfallen.

2. Für erkrankte Säuglinge muß auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 20 cbm entfallen.

d) Sonstige Bestimmungen.

§ 33. In besonders gearteten Fällen kann bei Anstalten für bestimmte Kranke, z. B. bei den Augenheilanstalten, von den Vorschriften des § 17 abgesehen werden.

§ 34. Für die Krüppelheilanstalten, Heime und orthopädische Anstalten gelten sinngemäß die Vorschriften der §§ 22 bis 25.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1 bis 5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 kann der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident von Berlin, für die Provinzialanstalten der Oberpräsident, Ausnahmen zulassen. Diese Behörden sind auch zur Genehmigung von Abweichungen nach den Vorschriften der §§ 20 und 33 befugt.

§ 36. 1. Auf Erweiterungsbauten finden die vorstehenden Vorschriften gleichmäßige Anwendung.

2. Bei Umbauten von Anstalten, die den vorstehenden Vorschriften nicht entsprechen, können noch weitergehende Dispense, als im § 35 vorgesehen sind, erteilt werden.

§ 37. Die Vorschriften der Baupolizeiverordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

§ 38. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 60 M. oder mit entsprechender Haftstrafe geahndet.

Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmäßiger Zustände herbeizuführen.

— **Insterburg.** Eine Irrenabteilung wird zum 1. Oktober d. Js. an der hiesigen Strafanstalt für geistig minderwertige Strafgefangene eingerichtet. Zu diesem Zwecke erhält die Anstalt einen noch zu ernennenden Anstaltsarzt. Medizinalrat Dr. Haidenhein, der bisher die Funktionen eines Anstaltsarztes im Zuchthause ausübte, tritt mit Ende dieses Monats von dieser Stellung zurück.

— Die diesjährige Versammlung des **Internationalen Vereins für medizinische Psychologie und Psychotherapie** findet in München am 25. und 26. September d. Js. statt. Diskussionsreferate haben: Bernheim-Nancy: Definition und therapeutischer Wert des Hypnotismus. Claparède-Genf: Psychologische Interpretation des Hypnotismus

und des Schlafes. Trömner-Hamburg: Traumdeutung und Traumbedeutung. Frank-Zürich: Die Determinierung physischer und psychischer Symptome im Unterbewußtsein. Vorträge halten: Oesterreich-Tübingen: Das Problem des Ichs nach seinen normalpsychologischen und pathologischen Seiten. Kohnstamm-Königstein: Der psychobiologische Standpunkt in der Erkenntnistheorie. Dupré-Paris: Hysterie und Pseudologia phantastica. Seif-München: Thema vorbehalten. Léri und Vurpas-Paris: Psycho-physiologische Beobachtungen an Anenzephalen. Delius-Hannover: Die hypnotische Behandlung des Asthma nervosum. Bonjour-Lausane: Die Grenzen der Psychotherapie.

— Einladung des Österreichischen Psychiatrischen Verbands zum **Irrenärztetag in Linz** am 5., 6. u. 7. Oktober 1911.

I. Eröffnung und Begrüßung der Versammlung und der erschienenen Gäste durch den Geschäftsausschuß. Hierauf Konstituierung des Verbandes. Bericht des Geschäftsausschusses. Wahl der Ausschuß-Mitglieder. Bestimmung des Mitgliedsbeitrages. — Nach Wahl der Ausschuß-Mitglieder eine 1/2 stündige Pause zur Wahl des Obmannes. — II. Referate und Vorträge. — III. Freie Anträge und Diskussion darüber.

Die Reihenfolge der Referate und Vorträge wird am Vorabend der Sitzung vom Geschäftsausschusse festgestellt. Die freien Anträge sind längstens Freitag, den 6. Oktober schriftlich dem Vorsitzenden der Versammlung einzuhändigen.

Donnerstag, den 5. Oktober: Gesellige Zusammenkunft um 7 Uhr abends im Hotel „Erzherzog Karl", Elisabethkai.

Freitag, den 6. Oktober: 9 bis 12 Uhr vormittags: I. Sitzung im Landhaus, Obere Promenade (Ländlersaal); 12 bis 1 Uhr: Frühstück im Casino-Restaurant des Landhauses; 1 bis 3 Uhr nachmittags: II. Sitzung. Danach Fahrt nach dem Pöstlingberg. (Die Zeit der Abfahrt wird rechtzeitig bekannt gegeben werden.) Dortselbst gemeinsames Essen. — Anmeldungen bezüglich der Teilnahme an der Fahrt auf den Pöstlingberg eventuell an dem Essen sind tunlichst vorher direkt an Direktor Dr. Schnopfhagen in Niedernhart bei Linz gelangen zu lassen.

Samstag, den 7. Oktober: III. Sitzung vormittags 9 Uhr. — Mittagessen im Hotel „Erzherzog Karl". — Nachmittag Besichtigung der österreichischen Landes-Irrenanstalt bei Linz mit Jause. Abends: Theater oder Varieté nach Belieben.

Als Hotels werden empfohlen: Erzherzog Karl, Zaininger, Stadt Frankfurt und Kanone sind dem Sitzungslokale zunächst; Englischer Hof und Österreichischer Hof nahe dem Bahnhofe gelegen. Nähere Anfragen über Lokalverhältnisse sind an Direktor Dr. Schnopfhagen in Niedernhart bei Linz zu richten.

Den Damen der Teilnehmer steht zum Besuche der Sehenswürdigkeiten: Städtisches Museum, der Dom etc., entsprechende Führung zur Verfügung.

Der Geschäftsausschuß:

gez. Starlinger gez. Schweighofer.

Vorträge.

1. Starlinger-Mauer-Öhling: Stellung der Heil- und Pflegestätten für Geistes- und Nervenkranke und ihre Kontrolle.
2. Dejacco-Pergine: Kriminelle.
3. Autengruber-Mauer-Öhling: Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber.
4. Eisath-Hall: Ergebnisse aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze.
5. Schweighofer-Salzburg: Aufnahme und Entlassung.
6. Licmann-Amstetten: Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes.
7. Böck-Troppau: Die Sachverständigentätigkeit der Anstaltsärzte und das Verfahren bei strittigen Fragen.

— **Die 41. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte** wird am 25. und 26. September in Karlsruhe in Verbindung mit der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Montag, den 25. Sept. nachm. 3 Uhr, die zweite Dienstag, den 26. Sept. vorm. $9^{1}/_{4}$ Uhr, die dritte Dienstag, den 26. Sept. nachm. 3 Uhr statt.

Sitzungsraum: Technische Hochschule, Aulagebäude II. Stock, Zimmer 18.

Verpflegungsstätte: „Vier Jahreszeiten", Hebelstraße 21.

Es ist eine Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch geplant. Über deren Zeitpunkt sowie über das gemeinschaftliche Essen kann erst während der Tagung selbst Beschluß gefaßt werden.

Wegen Wohnung wolle man sich, soweit dies noch nicht geschehen, baldigst an den Wohnungsausschuß der Naturforscher- und Ärzteversammlung Karlsruhe, Rathaus) wenden.

Mit Rücksicht auf die vielseitigen wissenschaftlichen und geselligen Veranstaltungen der Naturforscher- und Ärzteversammlung wird ein Verweilen in Karlsruhe bis einschließlich 28. September sehr lohnend sein.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein.

Tagesordnung:

I. Referat: Über nervöse Entartung. a) Allgemeiner Teil. Referent: O. Bumke (Freiburg i. Br.). b) Spezieller, klinischer Teil. Referent: A. Schott (Stetten).

II. Vorträge:

1. J. Bayerthal-Worms: Der Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie.
2. Bleuler-Zürich: Über autistisches Denken.
3. M. Fischer-Wiesloch: Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden.
4. M. Friedmann-Mannheim: Zur Kenntnis der Absenzen oder Petitmal-Anfälle nichtepileptischer Art bei Kindern.
5. A. Homburger-Heidelberg: Entmündigung bei krankhafter Haltlosigkeit und verwandten Formen der Psychopathie.

6. E. Hüfler-Chemnitz: Über den Einfluß des Salvarsans auf progressive Paralyse.
7. A. Kronfeld-Heidelberg: Experimentelles zum Mechanismus der Auffassung.
8. F. Nissl-Heidelberg: Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Hirnrinde.
9. O. Ranke-Heidelberg: Die Gliomzellen und ihre Beziehungen zur fötalen und ausgereiften Gliazelle.
10. H. Römer-Illenau: Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung.
11. E. Thoma-Illenau: Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden.
12. W. Vix-Darmstadt: Psychiatrisch-neurologische Untersuchungen über die Schlafkrankheit in Deutsch-Ostafrika.
13. A. Wetzel-Heidelberg: Über Amentia.

Die Reihenfolge der Vorträge wird erst bei Beginn der Tagung bekannt gegeben werden können.

Für den Nachmittag des 26. September ist eine gemeinschaftliche Sitzung mit der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin geplant. Dieselbe soll mit dem Referat über „nervöse Entartung" eröffnet werden.

Die Geschäftsführer:
gez. Neumann-Karlsruhe. gez. Fischer-Wiesloch.
15. September 1911.

Referate.

— Zingerle-Graz, „Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes". Fischer, Jena, 1911. 55 Seiten.

Aus der Erfahrung heraus, daß oft die praktischen Ärzte bei psychischen Erkrankungen ihren sozialen Anforderungen nicht genügend gerecht werden, hat Verf. ihre psychiatrischen Aufgaben in kurzer, klarer Weise zusammengestellt.

Mit Recht widmet er der Prophylaxe einen großen Teil seiner Ausführungen, wobei er sich nicht nur an den Hausarzt wendet, sondern auch zu den Kinder-, Schul- und Gewerbeärzten spricht.

Sodann gibt er bestimmte, leicht ausführbare Anleitungen für die Fälle mit schon eingetretener geistiger Erkrankung, unter besonderer Berücksichtigung der Entscheidung, wann eine Behandlung in der Familie genügt und wann sich die Unterbringung in einer Anstalt erforderlich macht. Allerdings mißt Verf. dabei nach Ansicht des Ref. der Wagnerschen Tuberkulinreaktion bei Paralyse wohl eine zu große Bedeutung bei.

Die Darstellung ist klar und präzise, die Lektüre der Broschüre selbst ist eine Freude und kann nur warm empfohlen werden. Ein genaues Inhaltsverzeichnis ermöglicht für den vorliegenden Fall eine schnelle Orientierung. Dr. Kürbitz-Sonnenstein.

— Aub, Dr. Hermann, Hysterie des Mannes. Verlag von Ernst Reinhardt, München. 162 Seiten. 2,50 M.

Verf., dem als Nervenarzt Erfahrung auf diesem Gebiete zu Gebote steht, glaubt, daß wir zurzeit hauptsächlich in einer Periode überwiegend männlicher Hysterie leben, und bespricht in populär-medizinischer Weise das Wesen, die Entstehung, die Symptome, die Übergangsformen und die Heilmethoden der in den Salons, auf der Bühne, in Monstreprozessen vielfach in die Erscheinung tretenden Hysterie im allgemeinen, um sich dann der männlichen Hysterie im besonderen zuzuwenden. Im letzten Kapitel: Hysterie — eine Modekrankheit? werden mannigfache hysterische Züge der neueren Literatur, Kunst und Musik besprochen und im wesentlichen auf die die Neuzeit vornehmlich beeinflussende Philosophie Schopenhauers und Nietzsches zurückgeführt, wenn auch die Hysterie als eine eigentliche Modekrankheit nicht zu bezeichnen ist.

Albrecht-Treptow.

— Ritter von Liszt, Dr. Eduard, k. k. Bezirksrichter in Wien. Die kriminelle Fruchtabtreibung, I. Band (I. bis III. Teil). Zürich, 1910. Verlag: Art. Institut Orell Füßli, Zürich. 274 S. 8 M.

Verf. behandelt in diesem ersten Teil die verbrecherische Natur der Fruchtabtreibung, den Standpunkt der leges latae und die Tat. — Das Buch ist mit tiefem Ernst geschrieben, zeugt aber andererseits vielfach von einer milderen und versöhnlicheren Auffassung des Gegenstandes, als wie er sie in mancher Gesetzgebung findet. Durch reiche Literatur und Rechtsvergleichungen bis in die älteste Zeit ist es besonders für den Juristen, bei seiner populären Darstellungsweise unter Umständen auch für weitere Kreise und den Arzt wertvoll.

Albrecht-Treptow.

— Dubois, Dr. Paul, a. o. Prof. für Neuropathologie, Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. Übersetzt von Dr. med. Ringier, Kirchdorf bei Bern. 2. Aufl. Bern, Verl. von A. Franke, 1910. 484 S.

Verf., der durch andere Schriften auf diesem Gebiet bekannte Neuropathologe in Bern, empfiehlt als wirksamstes therapeutisches Mittel bei den Psychoneurosen unter Verwerfung der Hypnose und Wachsuggestion die einfache „logische Überredung" (persuasion). Ruhe, Elektrizität, Überernährung und Isolierung spielen nur als unterstützende Momente eine nicht wesentliche Rolle bei der Behandlung. „Willenserziehung" oder genauer „Bildung der Vernunft" ist nach Verf. Zweck der seelischen Behandlung.

Das in Form von Vorlesungen gehaltene Buch ist fesselnd geschrieben, mit einer Reihe von Krankheitsbeispielen belegt, aus denen ein angehender Nervenarzt für die Behandlung seiner Klientel unzweifelhaft viel lernen kann. Für den Erfolg der Behandlung ist aber m. E. die Persönlichkeit des Arztes von nicht zu unterschätzender Bedeutung, und es ist mir aus diesem Grunde zweifelhaft, ob jeder Arzt die gleichen guten Erfolge erzielen wird wie Verf. dieses Buches. Für den Psychiater dürften die vorstehend skizzierten Behandlungsgrundsätze nichts wesentlich Neues bringen und mit Erfolg leider nur in beschränktem Umfang bei Grenzfällen und leich-

teren Psychosen zumal der gebildeten Stände in Frage kommen. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

(Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.)

— **Rybnik.** Abteilungsarzt Dr. Gustav Lohrmann scheidet am 1. Oktober d. Js. aus.

— **Lüben.** Abteilungsarzt Dr. Johann Runkel vom 1. Oktober d. Js. ab als Abteilungsarzt an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Rybnik versetzt.

— **Neustadt O.-S.** Assistenzarzt Fritz Braunert vom 8. Juli d. Js. ab als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Kreuzburg angestellt.

— **Freiburg i. Schl.** Abteilungsarzt Kurt von Rottkay am 1. September d. Js. an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Leubus versetzt.

— **Leubus.** Assistenzarzt Waldemar Mensch am 1. September d. Js. an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Freiburg versetzt.

— **Plagwitz.** Oberarzt Dr. Eugen Möller durch Allerh. Patent vom 19. Juli 1911 der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

Therapeutisches.

Veronal in gastro-intestinal derangements. Von Dr. Max Meyer, New York.

Auf eine noch wenig bekannte Indikation des Veronals macht Meyer (Mercks Archives 1911, Nr. 1) aufmerksam. Er beschreibt mehrere Fälle oft sehr hartnäckiger gastro-intestinaler Störungen (akuter Magenkatarrh, Dyspepsie, Blähungen, fermentative Gastritis), die er sämtlich mit kleinen Dosen von Veronal (0,006—0,03) in Kombination mit Stomachalien in wenigen Tagen ausheilte. Es soll hier in erster Linie darauf ankommen, die nervösen Symptome zu beseitigen, bevor zu einer speziellen Therapie geschritten wird.

Zerebrospinale Anästhesie bei Crises gastriques auf Basis von Tabes dorsalis. Von Sapatsch-Sapotschinski. (Rußki Wratsch 1910. Nr. 31.)

Die in der Chirurgie viel angewandte Lumbalanästhesie mit Tropacocain brachte Verfasser auf den Gedanken, sie bei Patienten mit Crises gastriques zu versuchen. Zunächst nahm er die Lumbalanästhesie bei einem Patienten vor, der überaus qualvolle, in der Regel 1—3 Wochen andauernde Anfälle hatte, die von Schleim- und Gallerbrechen begleitet waren. Es gelang dadurch, nicht nur die Schmerzen zu lindern, sondern eine dreiwöchige anfallfreie Pause herbeizuführen. Bei erneutem Anfall wurde mit gleichem Erfolg lumbal injiziert. Nach folgender Quecksilber-, Jodkalium- und Atoxylbehandlung erholte sich der Patient und wurde arbeitsfähig. — Bei drei anderen Patienten wurde mit denselben günstigen Resultaten lumbal injiziert.

Die Erfolge gaben Veranlassung, das Verfahren auch bei solchen Patienten anzuwenden, die auf Basis Tabes dorsalis über mannigfache Beschwerden klagten und bald kurze, bald längere Zeit Anfälle von Crises gastriques hatten.

Angewandt wurde eine 3%ige sterile Tropacocainlösung. Mehr wie 1 ccm wurden nie injiziert, nachdem vorher ein entsprechendes Quantum Zerebrospinalliquor abgelassen war.

Die Lumbalanästhesie verdient zweifellos als die Crises milderndes Mittel Beachtung, besonders in Fällen, in denen Morphium geringe oder keine Wirkung ausübt. Ihre schmerzlindernde Wirkung berechtigt zu der Annahme, daß die Crises auf krampfhafter Reizung des Zentralnervensystems beruhen.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma
E. Merck, Darmstadt
betr. Veronal
bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 27. 30. September **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Videant consules . . .! Von Oberarzt Dr. Dobrick in Kosten Prov. Posen (S. 265.) — Mitteilungen (S. 269). Programm des IV. Internationalen Kongresses für Kriminal-Anthropologie Cöln. — Die Irrenanstaltsangelegenheit Albrecht — Moskau. — Referate (S. 271).

Videant consules . . .!

Von Oberarzt Dr. *Dobrick* in Kosten (Prov. Posen).

Es ist noch immer eine offene Streitfrage, ob die Geisteskrankheiten absolut zugenommen haben. Dabei darf man nicht übersehen, daß statistisch nur die gröberen Fälle faßbar sind und die ganze große Schar der „Halbkranken", der Psychopathen, Degenerierten, Hysteriker etc. der Zählung entgeht. Unbestreitbare Tatsache ist jedenfalls, daß heute infolge der modernen Existenzbedingungen viel mehr Geisteskranke anstaltsreif werden, als noch vor wenigen Jahren, und daß diese Zahl in einer unaufhaltsamen Progression begriffen ist. Platzmangel und Anstaltsnot sind denn auch seit Jahren die „Fragen" der zur Irrenfürsorge gesetzlich verpflichteten Behörden, und wie eine chronische Krankheit fressen die immer weiter anschwellenden Irrenlasten an den Finanzen. Gegenwärtig steht wieder die Hälfte der preußischen Provinzen vor der Frage der Erbauung neuer Irrenanstalten, und es ist ein überaus häufiger Anblick, mit welchen Schwierigkeiten infolge Mangels an Mitteln das Projekt der neuen Anstalt vorläufig noch gebannt werden muß, um unerbittlich immer wieder neu aufzutauchen. Kaum ist die neue Anstalt fertig, so ist sie schon gefüllt und die alten Sorgen sind wieder da. So ist denn der Platzmangel die permanente Sorge fast sämtlicher Irrenfürsorgebehörden geworden. Auf einen Stillstand oder gar Besserung hofft eigentlich niemand. Dabei soll ausdrücklich konstatiert werden, daß unsere Irrenfürsorge auf einer bewunderungswürdigen Höhe steht, daß unsere neuen Anstalten Musterbauten hygienischer und praktischer Art sind, daß guter Wille und entgegenkommendes Verständnis an den maßgebenden Stellen überall vorhanden sind, und daß lediglich äußere Bedingungen finanzieller Natur die Hemmungen darstellen und den besten Absichten unübersteigbare Schranken ziehen.

Bei allen Erörterungen über die Irrenfürsorge ist es geradezu auffallend, wie verhältnismäßig wenig die sittlich und praktisch doch zweifellos überaus wichtige Frage diskutiert wird, wie man die Geisteskrankheiten vermindern könnte. Die Verwaltungsbehörden sind meines Wissens bisher praktisch nicht an diese Fragen herangetreten. Man nimmt die Vermehrung der Irrenanstaltsbedürftigen als etwas Gegebenes hin, man betrachtet sie als eine unerfreuliche aber notgedrungene Begleiterscheinung unserer Kultur, etwa wie Eisenbahnkatastrophen oder Schiffsunfälle, die ja auch zu den unvermeidbaren Ereignissen des Verkehrs gerechnet werden. Man sieht seine pflichtgemäße Aufgabe darin, diesen Parias, die man gewissermaßen als Kulturopfer betrachtet, aus dem Gefühl einer moralischen Schuld der Gesellschaft heraus Leben und Aufenthalt in der Irrenanstalt so angenehm wie möglich zu machen, und es unterliegt heute bereits keinem Zweifel mehr, daß es hierbei oftmals zu Überspannungen des Humanitätsbegriffs auf Kosten der Allgemeinheit gekommen ist.

Nicht viel anders ist die Auffassung bei uns Psychiatern. Es herrscht, von wenigen Einzelerscheinungen abgesehen, allgemein ein therapeutischer Pessimismus und Nihilismus, deutlich beweisbar aus unserer Literatur, der allerdings eine Zeitlang durch allerlei physikalisch-diätetische Behandlungsmethoden — Bettruhe, Dauerbäder, Freiluftkuren, chlorfreie Diät etc. — mit großer Polypragmasie abgelöst wurde, gegenwärtig aber wieder in die frühere Resignation zurückzuebben beginnt. Nil nocere — der ehrwürdige Grundsatz der inneren Medizin — ist auch

heute noch das Leitwort unserer Therapie, die hoffnungslos an der Dürftigkeit ihrer naturwissenschaftlichen Basis krankt, und es ist die Tragik des Irrenarztes, daß er gerade mit seinen sichersten Diagnosen das soziale und oft auch das physische Todesurteil aussprechen muß und nicht das Zauberwort der Heilungsmöglichkeit finden kann.

Nun ist allerdings bei dem gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Forschung die Summe der exakten Tatsachen noch zu gering, um eine für das Allgemeinwohl praktisch verwertbare Größe zu bilden. Dagegen ist die Summe der psychiatrischen Erfahrungstatsachen so umfangreich und von so sprechender Beweiskraft, daß ihre andauernde Ignorierung immer wieder von neuem große Gesundheitsschäden mit der Sicherheit des Experiments erzeugen muß. Trotz alledem steht die psychiatrische Hygiene heute lediglich auf dem Papier, praktisch existiert sie nicht. Ganz besonders rasseschädigend wirkt ja bekanntlich ihre Außerachtlassung bei der Eheschließung und der Kindererzeugung, und gerade hier ist ihre Sprache so ernst und drohend, daß ihre fast permanente Nichtbeachtung zu den schwersten Unterlassungssünden persönlicher und staatlicher Rassenhygiene gerechnet werden muß. Was für eine Unsumme derartiger Sünden hier täglich produziert wird, beweisen besonders eindringlich unsere modernen Fürsorgezöglinge, und die ganze Fürsorgeerziehung überhaupt mutet in ihrer heutigen problematischen Torsoform an wie die Sisyphusarbeit der Trockenlegung eines übelduftenden Sumpfes, der durch die schrankenlose Freiheit des Individuums immer wieder von neuem mit Unrat gefüllt wird.

Die tieferen Gründe für die Unpopularität und den Mißkredit aller psychiatrischen Erfahrung sind zweifellos psychologischer, nicht materieller Natur. Das Dogma, die Wurzel der antipsychiatrischen Vorurteile ausschließlich in der radikalen Unkenntnis der Laienwelt zu suchen, ist angesichts der täglichen antipsychiatrischen Geschehnisse kaum haltbar. Damit fällt der Wunderglaube an die Aufklärung, nach der auch absolut kein Bedürfnis vorzuliegen scheint. Während meiner vierzehnjährigen Anstaltstätigkeit kann ich mich wenigstens nicht entsinnen, daß ein Richter oder höherer Beamter jemals die Erlaubnis nachgesucht hätte, sich ernstlich in der Anstalt informieren zu dürfen, es war immer das Motiv der Neugier oder der Sensation das treibende Element. Und auch solche Besucher kommen noch selten. Niemals auch spricht man von dem Nutzen der Psychiater, wohl aber von einer Psychiatergefahr. Dieses Schlagwort ist leider kein Sensationsausdruck der Tagespresse geblieben, es ist ein typisches Kennwort unserer Zeit geworden. Auch ernste Männer, deren Wort Beachtung heischt, haben es gebraucht. Dieser gewollte Gegensatz der Allgemeinheit muß daher als eine Größe in alle Rechnungen im Kampf um die Anerkennung unserer Erfahrungen eingestellt werden.

So scheint zunächst die psychiatrische Sache sehr verfahren, und wenig tröstlich sind die Aussichten für den, der sich ihrer Hilfe im Kampf gegen Volksschäden bedienen will. Doch darf dies kein Grund zu pessimistischer Resignation werden. Die Psychiatrie als exakte Wissenschaft mag eben vorläufig für die Allgemeinheit ausscheiden und ihrer physiologischen Reife überlassen werden. Hohen rassenhygienischen Kurswert hat aber heute die Psychiatrie als Erfahrungswissenschaft, und da sie über tausendfältig bewiesene Tatsachen verfügt, so hat sie ein Recht, berücksichtigt zu werden. Die reelle Verwertung dieser Erfahrungen im allgemeinen Interesse hat aber seitens des Staates bisher nicht stattgefunden. Man bewegt sich noch dauernd auf der Linie der „kleinen", symptomatischen Mittel und erhofft insbesondere von der Aufklärung der Massen und ihrer gesundheitlichen Erziehung ein Abblassen der antipsychiatrischen Volksstimmung und damit eine Verbesserung psychischer Hygiene. Aber es hat den Anschein, daß man in psychiatrischen Kreisen selbst an eine Tiefenwirkung dieser Aufklärung nicht recht glaubt, es ist wenigstens bisher nichts von ihrer großzügigen und systematischen Inangriffnahme bekannt geworden. Auch mit der aufklärerischen Literatur sieht es kümmerlich aus. Würden die aufklärerischen Schwierigkeiten nur darin bestehen, die Gleichgültigkeit der Menge zu überwinden, so wäre der Erfolg nicht so aussichtslos. Denn Gleichgültigkeit wirkt nur passiv der Aufklärung entgegen, man vermag durch Weckung des persönlichen Interesses sie immerhin zu überwinden. Aber aller psychiatrischen Aufklärung steht der Haß der Menge entgegen, er wirkt aktiv, er stemmt sich gegen jede aufklärerische Tendenz mit der Macht eines vernunftausschaltenden Affekts. Außerdem überschätzt man allgemein den Wert der Aufklärung für die individuelle Hygiene, sobald wirklich ernste Konsequenzen in Frage kommen, die ein Opfer an Egoismus erfordern. Denn auch die beste Aufklärung vermag in den seltensten Fällen die Kluft zwischen Wissen und Handeln zu überbrücken. Das sind ja die jahrtausendalten Klagen jeder Religion. Es ist daher praktisch so gut wie wertlos, die Entscheidung wichtiger hygienischer Fragen in die In-

stanz des individuellen Gewissens zu verlegen. Was würde wohl heute aus der Verbreitung der Variolen oder der großen Seuchen geworden sein, wenn nicht der Weg des gesetzlichen Zwanges gewählt, sondern die Entscheidung dem einzelnen überlassen wäre. Nur weltfremde Menschenbeglücker können an einen solchen Erfolg glauben. Man mag immerhin die psychiatrische Aufklärung protegieren, aber als Mittel, das einen ernstlichen Erfolg verspricht, ist sie nicht zu werten. Zur Überwindung des psychiatrischen Odiums gehören denn doch andere Größen! Haß und Vorurteile können nur durch den andauernd sicht- und fühlbaren Nutzen der gehaßten Dinge überwunden werden, sie schweigen, wo der Erfolg spricht. Diesen Beweis hat die Psychiatrie noch zu führen!

In großem Stil ist gegenwärtig nur der Kampf gegen eine einzige Ätiologie von Geisteskrankheiten aufgenommen, das ist die Abstinenzbewegung. Hier sind es noch immer überwiegend Laien, die die Führer bilden. Der Staat befindet sich dabei in einem peinlichen Dilemma, moralisch eine Bewegung unterstützen zu müssen, die ihn finanzpolitisch in seinen Einnahmequellen schädigen muß. Daraus resultiert denn bedauerliche Halbheit. Die Existenzberechtigung der Abstinenzbewegung ist nicht mehr diskutierbar, ob aber ihre tatsächlichen Erfolge dem kolossalen Aufwand an aufklärerischer Arbeit entsprechen, ist bisher nicht einwandsfrei beweisbar. Von ihren schädlichen fanatischen Entgleisungen und Übertreibungen mag dabei ganz abgesehen werden. Ihre Vereinszahlen und der Rückgang des Bierkonsums*) sind immerhin imponierend, aber beweisen sie wirklich das, was sie beweisen sollen? Wir besitzen ein untrügliches Barometer für die Alkoholschädigung unserer Nation, das ist die Ziffer der mittelbaren und unmittelbaren Alkoholpsychosen in unseren Irrenanstalten. Nun finde ich nur in einem einzigen Jahresbericht von 1910 (Breslau) die ausdrückliche Erwähnung, daß die Zahl der Alkoholpsychosen gesunken ist; aber diese zunächst erfreuliche Tatsache mußte leider mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine vorübergehende politische Ursache — Schnapsboykott der Sozialdemokratie — zurückgeführt werden und dürfte deshalb episodischen Charakter haben. In der Hauptsache ist also diese Ziffer nicht gesunken. Damit ist der Beweis geliefert, daß die Abstinenzbewegung diejenigen Elemente nicht zu fassen vermag um deretwillen sie sich gerade verlohnte. Und es ist wohl heute ein offenes Geheimnis, was Skeptiker schon längst ahnten, daß der Zuwachs der Abstinentenschar zum überwiegenden Teil von solchen Mäßigen gestellt wird, denen es ein Leichtes war, auf das Wenige von Alkohol, der in ihrem Seelenleben nie eine Rolle spielte, zu verzichten. Damit sollen gewisse Erfolge der Abstinenzbewegung nicht verkleinert werden. Sie sind unter allen Umständen wertvoll, denn ihr sittlicher Wert ist unbestreitbar. Konstatiert sollte nur die Tatsache werden, daß die Abstinenzbewegung in ihrer gegenwärtigen Form auf die Alkoholätiologie der Psychosen einen ziffernmäßig beweisbaren Einfluß bisher nicht ausgeübt hat und nach dem, was über die Psychologie der Aufklärung oben gesagt wurde, auch nicht ausüben konnte.

*) Nach neueren Mitteilungen von Brendel ist der Bierverbrauch in München wieder gestiegen, und zwar (1909) von 1470437 auf (1910) 1534299 hl (Intern. Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus, Heft 8/9, 1911).

Der Staat, also hier die Gesamtheit der Irrenfürsorgebehörden, hat bisher diesen Fragen wesentlich defensiv gegenübergestanden. Er hat mit Aufwendung großer Geldmittel und in rückhaltsloser Anerkennung seiner staatlichen und moralischen Pflicht diese Schäden zu lindern gesucht und von einem Nachlassen dieser Pflicht ist nirgends etwas zu bemerken. Das Fürsorgeerziehungsgesetz war die letzte große Etappe auf dieser Bahn. Aber leider krankt diese Form der Bekämpfung psychischer Schäden an ihrem symptomatischen Charakter. Sie nimmt diese Schäden voraussetzungslos als unabänderliche Tatsache hin. Es fehlen daher bisher zielbewußte Versuche offensiv vorzugehen, also kausale Bekämpfung zu treiben. Unsere Enkel werden es nicht fassen können, daß wir, die wir doch zahlreiche Ursachen dieser Schäden klar erkannt und ihre Beweiskraft immer wieder schmerzlich erfuhren, nicht soviel Energie entfalten konnten, die Axt an die Wurzel zu legen. In dieser Hinsicht herrscht sogar in wissenschaftlichen Kreisen ein Optimismus, der beinahe sträflich genannt werden muß. Sich damit zu trösten, daß entwickelungsgeschichtlich jeder Degeneration auch eine Regeneration gegenübersteht, ist ein allzu bequemer Ausweg. Nur scheint man dabei zu vergessen, daß eine solche physiologische Regeneration für die primitiven Daseinsbedingungen von Naturvölkern genügen mag, um Rasseschäden auszugleichen, nicht aber für die künstlich aufgebauten des Kultureuropäers. Also diese Korrektur scheidet praktisch aus. Ebenso wenig beruhigend scheint der Weg, unter Verwendung großen Zahlenmaterials beweisen zu können, daß der Prozentsatz der Geisteskranken sich in einer bestimmten, durch

unabänderliche Kulturschäden bedingten Stabilität halte, und daß diese Zahl sich in nachweisbarer Zeit nicht ungünstig geändert habe. Das mag richtig sein oder nicht, ich persönlich bezweifle es. Aber auch diese „physiologische" Zahl, die ja naturgemäß immer nur einen Bruchteil bedeuten kann, birgt bereits eine derartige Unsumme verlorener Menschenwerte und vernichteten Lebensglücks, daß für die Staatsleiter daraus gebieterisch die sittliche Pflicht erwächst, aktiv gegen diese Schäden vorzugehen.

Wir sahen schon, daß von allen nur aufklärerischen Maßnahmen praktisch so gut wie nichts zu erwarten ist. Das steht heute mit unwiderlegbarer Beweiskraft fest. Es ist daher eine logische Notwendigkeit, den unverläßlichen Willen des Individuums auszuschalten und an seine Stelle den Willen der die Interessen der Gesamtheit objektiv vertretenden Instanz, d. h. des Staates zu setzen. Dieser Weg ist ja auch stets bedingungslos beschritten worden, wenn es galt, die hygienischen Interessen der Allgemeinheit gegenüber den egoistischen Trieben des einzelnen zu stabilieren. Die Gesetzgebung wird daher auch in der psychiatrischen Hygiene herangezogen werden müssen. Sie allein verspricht neben der noch erst zu schaffenden Therapie die Gewißheit, eine Verminderung der Geisteskrankheiten und damit der uferlosen Irrenlasten auch tatsächlich zu erreichen. Der Beweis für die Richtigkeit dieses Weges ist seine Vernunftgemäßheit. Darüber dürften ja auch kaum Zweifel existieren. Was ihn heute noch undiskutabel sein läßt, ist lediglich die Form, in der diesen Tatsachen dem Individuum gegenüber Geltung verschafft werden soll.

Es bedarf keiner Erklärung, daß eine solche Gesetzgebung bei der staatlich legitimierten menschlichen Vereinigung zum Zweck der Kindererzeugung, also der Eheschließung einzusetzen hätte. Die staatliche Kontrolle der Gesundheit Eheschließender ist vom Rassestandpunkt eine triviale Selbstverständlichkeit. Lediglich eine völlig verkehrte Auslegung des überspannten Begriffs von einem schrankenlosen Recht über den eigenen Körper hat seine praktische Anwendung bisher vereitelt. Bei näherem Zusehen hat der Staat dieses Recht bereits stark durchlöchert. Er belegt die Frau mit entehrender Zuchthausstrafe, die ihre Fruchtbarkeit korrigieren will, er sperrt mich ein, wenn ich Seuchenverdacht errege, er straft den Wehrpflichtigen, der seinen Körper verstümmelt, kurz dieses Recht existiert als unbeschränkbares nur in der Phantasie. Und die Bedenken der Allgemeinheit sind denn auch regelmäßig überwunden worden, sobald man die Notwendigkeit einsehen lernte. Gegen die die persönliche Freiheit doch ganz erheblich einschränkenden Bestimmungen der Seuchengesetzgebung hat beispielsweise eine ernstliche Opposition überhaupt nicht stattgefunden.

Diese allgemeine Überzeugung von der Notwendigkeit staatlicher Kontrolle der Gesundheit Eheschließender herrscht heute allerdings noch nicht. Daß sie aber einmal allen aufdämmern wird, dafür wird die Wucht der Tatsachen sorgen, deren drohende Sprache sich einfach nicht überhören läßt. Ein einziger ernsthafter Einwand wäre nur der: weiß man das denn alles so bestimmt, um den Weg der Gesetzgebung zu wagen? Darauf wäre zu erwidern: wir wissen erst verhältnismäßig wenig und wünschten mehr zu wissen; aber dies wenige wissen wir so bestimmt, daß seine Ignorierung heute bereits eine Schuld bedeutet.

Selbstverständlich sind nur solche Ätiologien gesetzlich faßbar von denen wir mit absoluter Bestimmtheit ihre rasseschädigenden Folgen beweisen können, das wären Verwandtenehen, Alkoholismus, Syphilis und echte Psychosen und auch hier nur manifeste Formen. Aber selbst bei dieser wissenschaftlich noch als roh und oberflächlich zu bezeichnenden Anwendung wäre schon eine Fülle ätiologischer Momente ausgeschaltet. Über Verwandtenehen und Alkoholismus erübrigt sich vor Sachkundigen Ausführungen zu machen. Was die Syphilis betrifft, so ist die obligatorische Einführung der Wassermannschen Reaktion bei Eheschließenden nur noch eine Frage der Zeit, nicht mehr des Prinzips. In der Praxis wird sich die Sache höchstwahrscheinlich viel einfacher abspielen als man glaubt. Jeder, der kein gutes Gewissen in dieser Hinsicht hat, wird schon lange vor dem Termin der Eheschließung, ebenso wie er sich die anderen vorgeschriebenen Papiere besorgt, auch dafür sorgen, daß er seine positive Reaktion in eine negative umwandelt. Er tut sich ja damit selbst den größten Gefallen. Gerade hier in der Syphilisfrage wird sich sehr bald der evidente Nutzen dieser Gesetzgebung für das Individuum und die Gesamtheit zeigen und die Ziffer von Tabes, Paralyse und so mancher dunkelätiologischen Idiotien und Degenerationen sinken lassen.

Nun wird man natürlich einwenden, daß diese Menschen, wenn ihnen der Weg legitimer Geschlechtsbetätigung versperrt wird, den illegitimen Weg einschlagen werden und das Gesetz dadurch illusorisch machen würden. Die sexuelle Betätigung kann als natürlicher Trieb selbstverständlich nicht unter Strafe gestellt werden, wohl aber die Kindererzeugung seitens solcher Individuen, denen entweder bereits

auf Grund gesetzlicher Bestimmungen die Eheschließung untersagt oder die triftige Gründe haben, ein solches Verbot befürchten zu müssen. Hierauf müßten Strafen mit wirklichem Abschreckungswert, besonders auch durch materielle Konsequenzen, gesetzt werden. Auch in dieser Hinsicht dürften sich in der Praxis die Dinge viel einfacher gestalten, als es die Theorie ahnen läßt. Die Geschlechtsbetätigung solcher Individuen wird kaum eine Einbuße erleiden, wohl aber würden sie aus Furcht vor kompromittierenden und pekuniär empfindlichen Strafen das größte Interesse daran haben, eine Befruchtung zu verhindern. Antikonzeptionelle Mittel gibt es ja heute bereits Legion, die Inseratenteile unserer gelesensten Tageszeitungen wimmeln von ihren Anpreisungen. Ihre zweifellos bereits massenhafte Anwendung aus Besorgnissen vor materieller Schädigung oder gesellschaftlicher Ächtung entzieht sich jeder auch nur annähernden Schätzung. Man wird darüber vom ethischen und religiösen Standpunkt anderer Meinung sein, aber der rassenhygienische Zweck des Gesetzes würde zweifellos erreicht werden.

Die Aufrollung dieses ja längst nicht mehr neuen Problems läßt natürlich sofort die Unsumme von Schwierigkeiten ahnen, die mit seiner Realisierung verbunden wären. Insbesondere wird man darüber streiten, nach welchen Normen denn die eheausschließenden Gründe objektiv festgestellt und welche Instanzen damit betraut werden sollen, wie ja überhaupt die ganze rechtlich- und polizeilich-technische Durchführung eines solchen Gesetzes zunächst seine praktische Unausführbarkeit zu beweisen scheint. Der Verfasser kann als Arzt nur die allgemeinen ärztlichen Linien erörtern. Um diese in praktisch brauchbare Formen zu gießen, dazu gehört allerdings eine Fülle juristischer und polizeilicher Erfahrungen und wir können vorläufig nur hoffen, daß sich unter unserer staatsmännischen Elite solche Köpfe finden. Denn darüber müssen wir uns unbedingt klar werden, rücken wir diesen Schäden nicht endlich auf den Leib, so werden sie uns schließlich einmal erdrücken. Vielleicht wird man einwenden: die Zahl der Geisteskranken ist nicht so hoch, um derartige einschneidende Maßnahmen zu rechtfertigen. Das wäre anzuerkennen, wenn die bekannten Zahlen auch wirklich die Summe aller dieser Rasseschädlinge enthielten. Diese könnten wir zur Not noch straflos tragen. Daneben stehen aber jene furchtbaren Zahlen, deren Höhe wir nur ahnen können, jene Zahlen ungezählter Belasteter und Entarteter, die uns täglich durch ihre Einbrüche in unsere Rechts- und Gesellschaftsordnung ihre Existenz immer wieder drohend vor Augen führen. Gerade diese Schädlinge, die bisher als selbstverständliche Produkte einer schrankenlosen schlecht verstandenen Freiheit jeder kausalen Verminderung trotzten, würde ein solches Gesetz prophylaktisch treffen.

Das sind leider Utopien, werden die Skeptiker sagen. Meines Erachtens kann die zielbewußte Geltendmachung beweisbarer Tatsachen, deren Nutzen für die Allgemeinheit unbestreitbar ist, niemals eine Utopie sein. Aber man möge dies alles heute noch für Utopien halten und in der Defensive bleiben. Und unterdes fressen Alkohol und Syphilis ruhig weiter am Nervenmark der Nation. Jede neue Irrenanstalt, jedes neue Zuchthaus, jede in diesen Moloch geworfene Million, jedes belastete Kind, jeder exkulpierte Verbrecher wird immer wieder als mahnender Ankläger gegen diese Auffassung protestieren und wie ein Menetekel an die Erfüllung dieser Pflichten erinnern. Das Lebensglück der einzelnen und damit der Gesamtheit beruht ausschließlich auf seiner Nervengesundheit und der Harmonie seiner Psyche. Nur durch diese erhalten alle anderen Lebensgüter ihren Wert. Heute aber wird mit diesen Gütern eine Verschwendung getrieben, als wenn sie wertlos und unerschöpflich wären. Aber wir sind keine so jungfräuliche Nation mehr, um auf die Dauer diesen Raubbau straflos aushalten zu können. Noch ist es Zeit. Videant consules, ne quid detrimenti res publica capiat!

Mitteilungen.

— **Programm des IV. Internationalen Kongresses für Kriminal-Anthropologie**, Cöln, 9. bis 13. Oktober 1911. Die Mitgliedschaft wird erworben durch Anmeldung und Zahlung des Mitgliedsbeitrags von 20 M. Anmeldungen zur Teilnahme sind an Herrn Dr. Brügelmann, Psychiatrische Klinik, Cöln-Lindenthal, zu richten, die Zahlungen an das Bankhaus Stein (Cöln, Laurenzplatz) unter der Bezeichnung: „Kriminal-Anthropologen-Kongreß". — Teilnehmerkarte für Damen, für Studenten der Medizin, Jurisprudenz, der Staatswissenschaft, für Assistenten und Referendare 10 M.

Wissenschaftliche Tagesordnung.

Montag, den 9. Oktober, 9 Uhr pünktlich: Eröffnungssitzung im großen Saale des Gürzenich.

Eröffnung des Kongresses durch Prof. Aschaffenburg (Cöln). Begrüßung seitens der offiziellen Delegierten. Begrüßung des Kongresses durch Prof. Sommer (Gießen). Ernennung der Ehrenvorsitzenden, der Vorsitzenden der Sitzungen des Kongresses und der Schriftführer. — Nachruf auf Lombroso. Dr. med. Hans Kurella (Bonn-Kudowa). — 1. Referat: „Les avant-projets des codes pénals en Allemagne, Autriche et Suisse, au point de vue de l'anthropologie et sociologie criminelle." Referent: Enrico Ferri, Professor des Strafrechts (Rom).

2. Sitzung: Nachmittags $3^1/_2$ Uhr in der Handelshochschule.

2. Referat: „Morphologie und Psychologie der primitiven Menschenrassen." Referent: Prof. Dr. med. Klaatsch (Breslau). — 1. Vortrag: Professor Angelo Zuccarelli, Direktor des Instituts für Kriminalanthropologie (Neapel). „Il teschio preistorico della grotta Romanelli e confronto di alcune sue note d'inferiorita con quelle di crani di criminali e degenerati attuali." — 3. Referat: „Einfluß von Anlage und Milieu auf das Verbrechen." Referent: Baron Raffaele Garofalo, Generalstaatsanwalt (Venedig). — 2. Vortrag: Richter De Rykere (Bruxelles): „La criminalité des servantes." — 3. Vortrag: Prof. Salvatore Ottolenghi (Rom): „La selezione antropopsicologica nell' ambiente militare." — 4. Vortrag: Dr. Rosenfeld, Professor des Strafrechts (Münster i. W.): „Die Frage des Zusammenhanges zwischen Rasse und Verbrechen."

3. Sitzung: Dienstag, den 10. Oktober, vormittags 9 Uhr.

4. Referat: „La protection des enfants criminels." Referent: Maus, directeur général au ministère de la justice (Bruxelles). — 5. Vortrag: Geh. Medizinalrat Cramer, Professor der Psychiatrie (Göttingen): „Die Fürsorgezöglinge, soweit sie den Psychiater angehen." — 6. Vortrag: Dr. Gina Lombroso-Ferrero (Turin): „Über den Nutzen des Probations-Systems für Kinder und seine Gefahren für Erwachsene." — 5. Referat: „Die Beurteilung der morphologischen Abnormitäten, besonders am Schädel, im Hinblick auf die gerichtliche Begutachtung." Referent: Prof. Carrara, Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin (Turin). — 7. Vortrag: Hofrat Professor Dr. Amel v. Toröck, Direktor des anthropologischen Museums (Budapest): „Über den morphologischen Zusammenhang zwischen den inneren und äußeren Körperteilen." — 8. Vortrag: Dr. Leone Lattes, Assistent am gerichtlich-medizinischen Institut der Universität (Turin): „Über die Asymmetrie des Verbrecherhirnes."

4. Sitzung: Nachmittags $2^1/_2$ Uhr.

6. Referat: „Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken." Referenten: Dr. Saporito, leitender Arzt der Irrenanstalt für geisteskranke Verbrecher (Aversa). Dr. Keraval, médecin de l'asyle clinique (Paris). — 9. Vortrag: Dr. Hans Evensen, leitender Arzt des Kriminalasyls (Trondhjem): „Die Sicherheitsmaßnahmen gegen gemeingefährliche periodisch Irre mit freien Intervallen." — 10. Vortrag: Dr. Olof Kinberg, Privatdozent der Psychiatrie (Stockholm): „Über obligatorische gerichtlich-psychiatrische Untersuchung gewisser Kategorien Angeklagter." — 11. Vortrag: Dr. Aschaffenburg, Professor für Psychiatrie an der Akademie (Cöln): „Geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke."

5. Sitzung: Mittwoch, den 11. Oktober, vormittags 9 Uhr.

7. Referat: „Die unbestimmte Verurteilung." Referenten: Dr. Graf v. Gleispach, Professor des Strafrechts (Prag). Dr. Thyrén, Professor des Strafrechts (Lund). Dr. Vambéry, Staatsanwalt und Privatdozent des Strafrechts (Budapest). — 12. Vortrag: Prof. Dr. med. Dannemann (Gießen): „Die Entmündigung chronisch Krimineller als Mittel der sozialen Hygiene." — 13. Vortrag: Dr. med. Hans W. Maier, Oberarzt (Zürich): „Erfahrungen über die Sterilisation Krimineller in Nordamerika und in der Schweiz."

6. Sitzung: Donnerstag, den 12. Oktober, vormittags 9 Uhr.

8. Referat: „Der gegenwärtige Stand der Kriminalpsychologie." Referenten: Dr. med. et phil. Sommer, Professor der Psychiatrie (Gießen). Dr. Mittermaier, Professor des Strafrechts (Gießen). — 14. Vortrag: Dr. Hübner, Privatdozent der Psychiatrie (Bonn): „Über die Ausgestaltung des Universitätsunterrichts in der Kriminalpsychologie." — 15. Vortrag: Enrico Ferri, Professor des Strafrechts (Rom): „Psychologie criminelle et Psychologie judiciaire." — 16. Vortrag: Dr. A. Marie, Médecin en Chef de l'asile de Villejuif, directeur du laboratoire de psychologie pathologique à l'école des Hautes-Etudes (Paris) et Dr. Léon Mac-Auliffe, Maitre de Conférences à l'école des Hautes-Etudes (Paris): „Les quatre types humaires fondamentaux." — 17. Vortrag: Prof. Dr. S. Del Greco, Direktor der Provinzialirrenanstalt (Como): „La mentalité criminelle." — 18. Vortrag: Dr. Gaetano Immajoli, Chefarzt des Militärhospitals (Ancona): „Vorläufige Mitteilung über Beobachtungen des pathopsychologischen Charakters der Militärgefangenen mit besonderer Berücksichtigung der Gelegenheitsverbrecher."

7. Sitzung: Nachmittags $2^1/_2$ Uhr.

9. Referat: „Gefängniswesen." Referenten: Gonne, Generaldirektor des Gefängniswesens (Brüssel). Rich v. Bellye, Ministerialrat im Kgl. Justizministerium (Budapest). — 19. Vortrag: Dr. Vervaeck, Directeur du laboratoire (Bruxelles): „Le laboratoire d'anthropologie pénitentiaire de la prison de Forest (Bruxelles)." — 20. Vortrag: Dr. Eugen Stockis, Privatdozent an der Universität (Lüttich): „Recherches de police scientifique." — 21. Vortrag: Prof. Salvatore Ottolenghi (Rom): „Antropologia criminale e Polizia." — 22. Vortrag: Ignace Valenti Viró, Professor der gerichtlichen Medizin (Barcelona): „Un aspect général de l'anthropologie criminelle dans la législation et la procédure internationale." — 23. Vortrag: Dr. jur. Taralli (Aquila degli Abbruzzi): „Impotenz und geschlechtliche Neurasthenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität." — 24. Vortrag: Richter de Rykère (Bruxelles): „La police scientifique."

8. Sitzung: Freitag, den 13. Oktober, vormittags 9 Uhr.

10. Referat: „Behandlung der sogenannten vermindert Zurechnungsfähigen." Referenten: Jhr. Dr. D. O. Engelen, Landgerichtspräsident (Zutphen, Holland). D. Dr. jur. et med. Kahl, Geh. Justizrat, Professor der Rechte (Berlin).

9. Sitzung: Nachmittags 2½ Uhr. Schlußsitzung. Bericht über den Verlauf des Kongresses. Wahl des nächsten Kongreßortes. Anträge. Schluß des Kongresses.

Programm der Festlichkeiten, Besichtigungen und sonstigen Veranstaltungen.

Sonntag, 8. Oktober 11½ Uhr: Eröffnung und Besichtigung der Ausstellung in der Handelshochschule. — 8 Uhr abends: Begrüßungsabend im Zoologischen Garten (Reservierter Saal des Restaurants).

Montag, 9. Oktober abends 7½ Uhr: Festessen im großen Saale des Zivilkasinos (Bismarckplatz). 6,50 M. (Frack.)

Dienstag, 10. Oktober: In dem städtischen Opernhause eine Opern-Vorstellung; den Kongreßteilnehmern Plätze zu ermäßigten Preisen reserviert.

Donnerstag, 12. Oktober abends 8 Uhr: Festabend im großen Saal des Gürzenich. (Gehrock.)

Besichtigungen: Provinzial-Arbeitsanstalt in Brauweiler nebst Bewahrungshaus für geisteskranke Verbrecher. Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen. Fürsorgeerziehungsanstalt in Rheindahlen b. M.-Gladbach. Beobachtungsabteilung für geisteskranke Verbrecher am Strafgefängnis in Cöln sowie der Gefängnisse in Siegburg-Brückberg, Lüttringhausen und Anrath. Das Asyl für Obdachlose, Herbergen u. dgl. Psychiatrische Klinik des Krankenhauses Lindenburg in Cöln. Prof. Sommer ladet auf Sonntag, den 15. Oktober zur Besichtigung der Psychiatrischen Klinik in Gießen ein. (Abfahrt ab Cöln 8^{18}, Ankunft in Gießen 11^{22}.)

Gegen Vorzeigung der Mitgliedskarte freier Eintritt in verschiedenen (8) Museen.

— **Die Irrenanstaltsangelegenheit Albrecht** (cf. Nr. 25, Seite 251 dieser Zeitschrift). In der Angelegenheit betreffend die Unterbringung des Fräulein Albrecht in der Irrenanstalt hat der Landeshauptmann in Hessen, dem die in Betracht kommenden Anstalten amtlich unterstellt sind, folgende Mitteilung an die Presse gesandt:

„Fräulein Helene Albrecht wurde am 21. Dez. 1909 auf ordnungsgemäßen Antrag der Ortsarmenverwaltung der Stadt Marburg, der die Kranke bereits seit Jahren bekannt war, und mit Zustimmung der dortigen Polizeibehörde in die Landesheilanstalt Marburg aufgenommen. Diesem Antrage lag ein Gutachten des Kreisassistenzarztes Dr. Nolte bei, inhaltlich dessen die Aufnahme des Fräulein Albrecht in die Anstalt zwecks Besserung ihrer krankhaften geistigen Zustände erforderlich war. Am 23. Dez. — zwei Tage nach der Aufnahme — ist der Kgl. Staatsanwaltschaft zu Marburg von der erfolgten Aufnahme Mitteilung gemacht. Da das Befinden der Kranken sich während ihres Aufenthaltes in der Anstalt indes nicht nur nicht besserte, sondern vielmehr eine wesentliche Verschlimmerung eintrat, wurde sie am 1. Mai 1910 von dem Direktor der Landesheilanstalt, Prof. Dr. Tuczek, durch motiviertes Gutachten für unheilbar erklärt. Auch hiervon ist der Kgl. Staatsanwaltschaft Marburg sogleich Mitteilung gemacht. Da bestimmungsgemäß unheilbare Kranke in der Landesheilanstalt nicht bleiben können, wurde Frl. Albrecht am 15. Juni dem Landeshospital Merxhausen zugeführt und die Kgl. Staatsanwaltschaft Marburg tags darauf hiervon in Kenntnis gesetzt.

Aus den vorstehenden Mitteilungen dürfte sich zur Genüge ergeben, daß die durch die Tageszeitungen verbreitete Behauptung, daß die Gerichte erst dreizehn Monate nach der Überführung des Frl. Albrecht in die Landesheilanstalt Kenntnis erhalten hätten, auf einem Irrtum beruht und sich ebenso der von dem Amtsgericht Marburg in dessen Beschluß vom 15. August beliebte Ausdruck „Freiheitsberaubung" nur durch Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse erklären läßt. Die weitere Behauptung, daß Frl. Albrecht während ihres Aufenhaltes in den Anstalten ohne jede Verbindung mit der Welt gewesen wäre, ist ebenfalls unrichtig, es sind vielmehr die für die Anstalten gegebenen Vorschriften betr. Schreiben und Absenden von Briefen der Kranken in beiden Anstalten strengstens beobachtet.

Unerörtert soll hier die Entmündigungsangelegenheit bleiben, in der bekanntlich das Amtsgericht Marburg mit dem vorerwähnten Beschluß vom 15. August den Antrag der Kgl. Staatsanwaltschaft abgelehnt hat und das Vorliegen von Geisteskrankheit verneint und sich hierdurch in Widerspruch gesetzt hat mit den Gutachten der drei in der Angelegenheit tätig gewordenen Psychiater. Da indes von der Kgl. Staatsanwaltschaft gegen diesen Beschluß Beschwerde eingelegt ist, ist dies Verfahren noch nicht zum Abschluß gelangt."

— **Moskau.** Der am 17. September dort eröffnete Kongreß der Nervenärzte und Psychiater wurde nach einer scharfen Rede des Professors Serbsky, die sich gegen die Regierung richtete, von dem überwachenden Polizeibeamten geschlossen, die Verhandlungen des Kongresses durften aber bald wieder ihren Fortgang nehmen.

Referate.

— Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Herausgegeben von Prof. Dr. Bleuler in Zürich und Prof. Dr. S. Freud in Wien. Redig. von Dr. C. G. Jung, Zürich. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1910. II. Band. I. Hälfte.

Die erste Arbeit von Dr. Karl Abraham, Berlin „Über hysterische Traumzustände" analysiert in interessanter Weise mehrere Fälle nach der angegebenen Richtung. Als wesentlich sei hervorgehoben, daß hysterische Traumzustände sich vielfach an die Tagträumereien der Neurotiker anschließen und zu den hypnoiden und Dämmerzuständen nahe Verwandtschaft

aufweisen. In dem einzelnen Zustand sind mehrere Stadien zu unterscheiden: 1. das der phantastischen Exaltation, 2. das der traumhaften Entrückung, 3. das der Bewußtseinsleere, 4. der Depressions- (Angst-) Zustand.

Die auch monographisch erschienene Arbeit von C. G. Jung „Über Konflikte der kindlichen Seele" ist bereits von mir kurz in Nr. 15 von 1911 dieser Wochenschrift referiert.

J. Sadger, „Ein Fall von multipler Perversion mit hysterischen Absencen" behandelt die Lebensgeschichte eines belasteten Grafen, der neben körperlichen Degenerationserscheinungen die verschiedensten krankhaften Abweichungen auf sexuellem Gebiet darbot (homosexuelle Neigungen bei schrankenloser heterosexueller Betätigung, maßlose Affekte, zeitweilige Schwermut, analerotische Züge, Absencen zum Zweck ungestörten sexuellen Genusses). — Wesentliche Besserung nach fünfmonatiger psychoanalytischer Behandlung (?).

Die ebenfalls monographisch erschienene Abhandlung von O. Pfister „Über die Psychologie des Hasses und der Versöhnung" ist bereits von mir in Nr. 14 von 1911 dieser Zeitschrift referiert.

Interessant ist dann ein kurzes Referat von Freud „Über den Gegensinn der Urworte", über die gleichnamige Broschüre von K. Abel. Es sind im Altägyptischen wie in den indogermanischen Sprachen eine Reihe von Worten resp. Wortstämmen nachzuweisen, die entgegengesetzte Bedeutung (z. B. ken = stark und schwach, clamare schreien — clam leise, Stimme — stumm) in sich vereinigen und sich in der Weise erklären, daß unsere Begriffe überhaupt durch Vergleichung entstanden (z. B. stark im Verhältnis zum schwachen, hell im Verhältnis zum dunklen) und in der Kindheit einer Sprache beide ursprünglich in demselben Wort enthalten und erst durch Gesten oder Bilder (Hieroglyphen) in ihrer eigentlichen Bedeutung gekennzeichnet sind. Auf diese Weise, meint Freud, wird uns vielleicht ein Schlüssel für das Verständnis des Traumlebens an die Hand gegeben, in dem ein Gegensatz oder Widerspruch nicht existiert.

A. Maeder zergliedert in seinen „Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken" zwei Fälle psychoanalytisch. Er kommt zu dem Schluß, daß bei beiden paranoiden Kranken im Gegensatz zu der landläufigen Auffassung der Verblödung eine lebhafte geistige Tätigkeit bestehe, eine Zerfahrenheit nur vorgetäuscht werde und von Verblödung keine Rede sein könne; die Tätigkeit der Kranken sei nur der Außenwelt nicht genügend angepaßt, sie leben in einer Traumwelt, in der unerfüllte Wünsche der Kindheit und Jetztzeit zur Erfüllung resp. Überkompensation gelangen.

Die folgenden Arbeiten von Riklin „Aus der Analyse einer Zwangsneurose" und von Dr. C. G. Jung „Randbemerkungen zu dem Buch von Wittels: Die sexuelle Not" lassen sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben. Es folgen weiter im I. Bd. ein Bericht über die neuere englische und amerikanische Literatur zur klinischen Psychologie und Psychopathologie, über „Freuds Lehren in Italien" und Referate über psychologische Arbeiten schweizerischer Autoren bis Ende 1909.

II. Band. II. Hälfte.

Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. I. Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne. Von Siegm. Freud.

Verf. schildert einen Typus der Objektwahl, und zwar des Neurotikers. Er stellt für ihn bestimmte Liebesbedingungen auf: 1. Die Bedingung des „Geschädigten Dritten", d. h. der Neurotiker wählt ein Weib, auf das ein anderer Mann als Ehegatte, Verlobter, Freund bereits ein Anrecht hat. 2. Die Bedingung der „Dirnenhaftigkeit"; das sexuell keusche Weib hat auf den Neurotiker niemals die Anziehungskraft wie das sexuell anrüchige. 3. Diese anrüchigen Frauen werden als höchstwertige Liebesobjekte behandelt. 4. Es besteht die Tendenz, die Geliebte zu retten. — Alle diese Züge sollen nach Verf. gemeinsam der infantilen Fixierung der Zärtlichkeit an die Mutter entspringen; der „Geschädigte Dritte" ist der Vater als Nebenbuhler in der Gunst der Mutter, die Mutter ist die Höchstwertige, durch den Verkehr mit dem Vater büßt sie an Keuschheit ein und rechtfertigt „Rettungs"tendenzen.

Eine Arbeit von Gaston Rosenstein: „Die Theorien der Organminderwertigkeit und der Bisexualität in ihren Beziehungen zur Neurosenlehre" stellt eine Übereinstimmung biologisch gewonnener Anschauungen mit psychologischen Versuchen Freuds fest.

Dr. J. Sadger: Über Urethralerotik beschreibt die Erscheinungen der „Urethral- oder Harnerotik", die als ein Zeichen erblicher Belastung sehr früh beim Kinde auftreten und in dieser infantilen oder etwas veränderten Form im späteren Leben des Neurotikers eine wesentliche Rolle spielen können. Verf. betrachtet nervöse Harnstörungen, vorzeitige oder verzögerte Ejakulation, gehäufte Pollutionen, Spermatorrhöen, Neuralgien, psychische Impotenz, deren Pathogenese bisher ziemlich dunkel ist, als solche Fortsetzungen kindlicher Harnerotik. Auch meint Verf., daß infolge Sublimierung dieser Harnerotik (Harn-Wasser) vielfach im späteren Leben unbewußt eine Sport- oder Berufswahl stattfinde (Kapitän, Wasseringenieure) und daß hier „ein Sexuelles einheize" und seine Befriedigung durchsetze (?).

„Die Analyse von Egmonts Traum" von Dr. phil. Alfred Robitsch. Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: Egmonts Traum verwandelt die schlafstörende Vorstellung von der bevorstehenden Hinrichtung, die den Selbsterhaltungstrieb beschäftigt, in eine Freiheits- und Triumphphantasie, zu der ihm Kindheit und Erotik die unbewußten, traumbildenden Wünsche und das darstellende Material liefern. Der gedichtete Traum zeigt deshalb so sehr den Charakter anderer Träume, weil er gewissermaßen Goethes eigener Traum ist.

Ein Traum, der sich selbst deutet. Mitgeteilt von Otto Bank. Ungeeignet zu kurzem Referat.

„Die Psychoanalyse Freuds". Verteidigung und kritische Bemerkungen von E. Bleuler. Eine Ab-

wehr der hauptsächlichsten Angriffe auf die Lehren Freuds, die unzweifelhaft manches Richtige enthält, aber trotz ihrer dialektischen Gewandtheit keineswegs überall zu überzeugen vermag — wenigstens mich nicht.

Bericht über die II. private psychoanalytische Vereinigung in Nürnberg am 30. und 31. März 1910.

„Zur Kritik über Psychoanalyse". Von Dr. C. G. Jung. Bemerkungen zu einem Referat von Kurt Mendel über eine Darstellung Freudscher Anschauungen im Neurol. Zentralblatt 1910. Ich glaube, daß Mendel mit seinen Anschauungen nicht so ganz vereinzelt steht, und daß ein geringerer sexueller Einschlag und größere Skepsis in Deutungsversuchen den Freudschen Lehren nur nützlich sein könnte. Albrecht-Treptow.

— Friedrich von Bodelschwingh. Ein Blick in sein Leben von P. F. von Bodelschwingh. Bielefeld, Verlagshandlung der Anstalt Bethel. 1910, 95 Seiten.

Ein Buch geschrieben zur Erinnerung an seinen Vater und dessen rastlose soziale Tätigkeit, die sich vor allem der Heimatlosen und Kranke erbarmten und ihnen mit dem bekannten Erfolg Heimstätten zu verschaffen und ihre Not zu lindern suchte.

Albrecht-Treptow.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma
E. Merck, Darmstadt
betr. Magnesium-Perhydrol
bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Geh. Hofrat Dr. Flamm's
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke,
Pfullingen i. Württbg.

In sehr schöner Gegend gelegen, nahe Tübingen. 4 Ärzte. Mäßige Preise.
Leitender Arzt: Dr. Kurz.



St. Blasien

im bad. Schwarzwald
800 m über dem Meer
Höhenluft-, Wald- und Terrainkurort

Sanatorium Villa Luisenheim

Das ganze Jahr geöffnet.

Sanatorium für Nervenkranke,
Magen-, Darm-, Herz- und Stoffwechselkranke.

Modernste hygienische Einrichtungen. — Vollständig geschützte Lage
Diätkuren. — Liegehalle für Freiluftkuren am Rande des Waldes.
Lungenkranke ausgeschlossen.
Von Mai bis Oktober stehen den Patienten auch die Einrichtungen des Hotels und Kurhauses mit der Anstalt für physikalische Heilmittel zur Verfügung.
Aerztliche Leitung: Hofrat Dr. Determann und Dr. Wiswe.

Sanatorium Buchheide, Finkenwalde

bei Stettin
für Nervenkranke, Morfinisten, Alkoholiker
Dr. Colla.

Medico-mechanisches Institut u. Wasserheilanstalt Kleinen (Mecklenburg)

Sanatorium für innere und Nervenleiden.
Das ganze Jahr geöffnet. Prospekt kostenfrei.
Leitender Arzt: Dr. Armin Steyerthal.

Harmlose Nerven- und Gemütskranke

finden Aufnahme und sachgemäße Behandlung bei Dr. med. **H. Heuer** in **Rodenberg a. D.** bei Bad Nenndorf.

Sanatorium Kurhaus Lindenfels

zwischen Darmstadt-Heidelberg 400 m hoch in schönster Waldgegend gelegen. Prospekte.
Sanitäts-Rat Dr. Klaus Schmitt, Nervenarzt.

Stellengesuche.

An der Großh. Badischen Heil- und Pflegeanstalt **Emmendingen** in nächster Nähe Freiburgs im Breisgau, ist eine

Hilfsarztstelle

zu besetzen. Anfangsgeh. 2000 M. bei völlig freier Station, regelmäßige jährliche Zulagen, Aussicht auf etatsmäßige Anstellung als Anstaltsarzt. Bewerbungen mit Lebensbeschreibung wollen an die Direktion eingesandt werden.
Geheimer Medizinalrat **Dr. Haardt.**

Assistenzarzt

gesucht für die mit 1200 Geisteskranken belegte Landes-Heil- und Pflegeanstalt **Alt-Scherbitz** (Provinz Sachsen). Anfangsgehalt 1800 M. außer vollständig freier Station. Jährliche Zulagen von je 200 M. Bewerbern, welche schon in anderen Anstalten, Krankenhäusern oder Kliniken tätig gewesen sind, kann eventuell ein höheres Anfangsgehalt gewährt werden. Nach dreijähriger Dienstzeit erfolgt bei Bewährung lebenslängliche Anstellung mit Pensionsberechtigung und einem von 3600 bis 6000 M. bezw. 7200 M. aufsteigenden Gehalt neben freier Familienwohnung oder einer Mietsentschädigung von 1080 M. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften baldigst erbeten an den Anstaltsdirektor Geheimen Sanitätsrat **Dr. Paetz.** (Alt-Scherbitz ist Haltestelle der elektrischen Bahn Leipzig-Schkeuditz, Schkeuditz Station der Eisenbahn Leipzig-Halle.)

An der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Düsseldorf-Grafenberg
ist eine

Assistenzarztstelle

sofort zu besetzen. Remuneration 1800 Mark jährlich, steigend alle 2 Jahre, zweimal um 250 Mark, dann um 200 Mark, nebst freier Station I. Tischklasse. Nach 3jähriger Tätigkeit kann die Anstellung als Anstaltsarzt erfolgen. Tätigkeit in Anstalten, Kliniken pp. kann angerechnet werden. Meldungen erbittet die Direktion.

Suche Arzt (Psychiater)

der hysterisch Geisteskranke in seiner Familie aufnehmen würde. Land bevorzugt. Offerten unter **Hilfsbereit** Weimar postlagernd erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 28. 7. Oktober **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

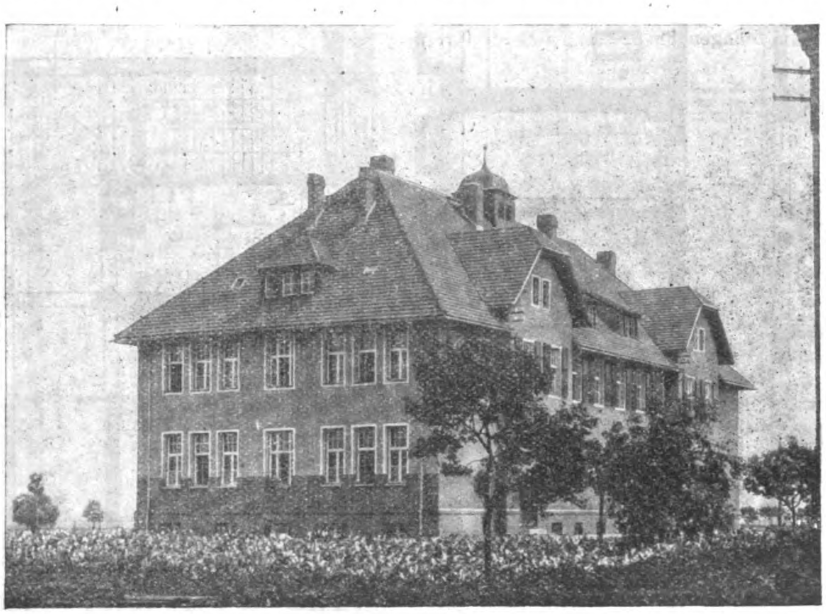
Inhalt: Artikel: Helenenhof, ein Haus für psychopathische weibl. Fürsorgezöglinge. Von Dr. Gallus-Potsdam (S. 277). — Über Adalinwirkungen bei Geisteskranken. Von Dr. Eugen Förster, Bonn (S. 281). — Über die Agilität. Von Dr. Ernst Jentsch (S. 283.) — Mitteilungen (S. 285): Zum Bau der neuen badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Irrenrechts-Reform. Die Hundertjahrfeier der Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus. — Referate (S. 286). — Personalnachrichten (S. 288).

(Aus den Potsdamer Provinzialanstalten: Direktor Dr. Kluge.)

Helenenhof, ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge.

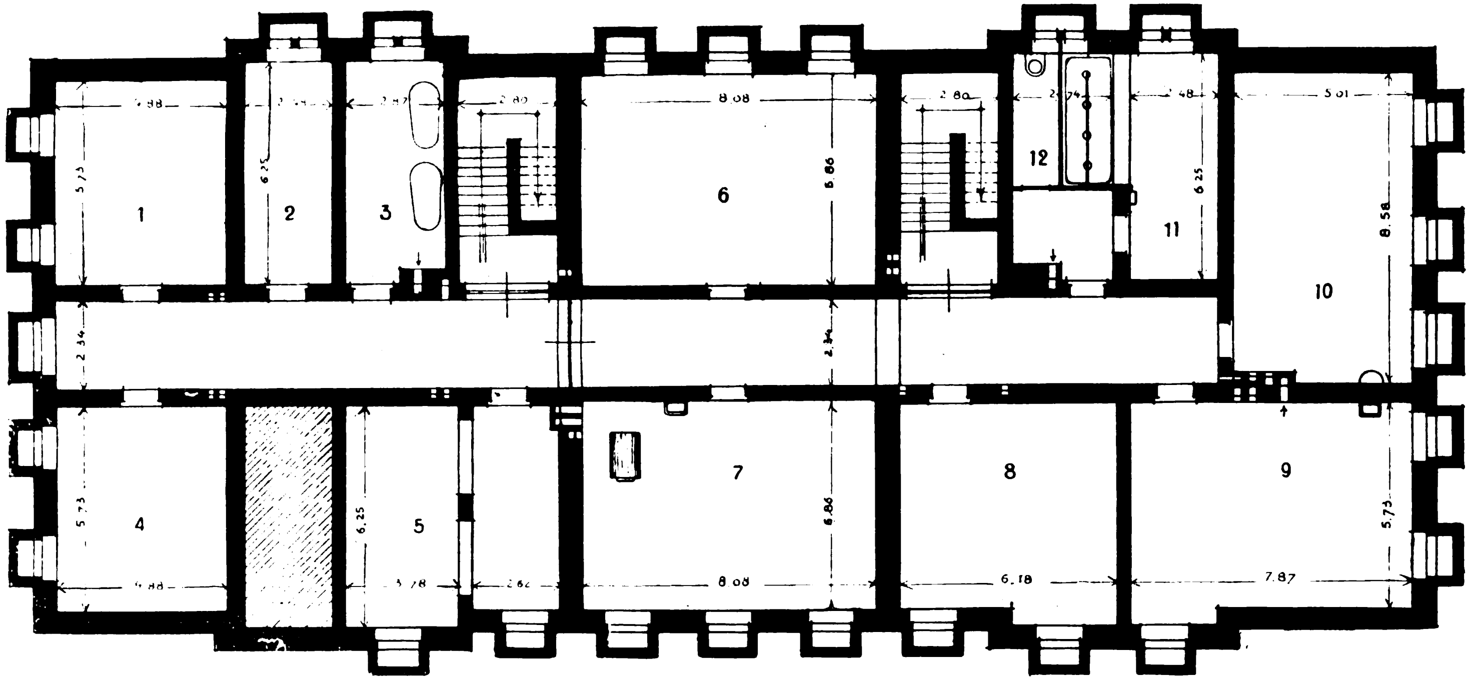
Von Dr. *Gallus.*

Ende Juni d. Js. wurde an den Potsdamer Provinzialanstalten ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge eingeweiht, dem zu Ehren der Gemahlin des am 1. Juli aus seinem Amte geschiedenen Landesdirektors Frh. von Manteuffel der Name Helenenhof gegeben wurde. Damit sind die der Fürsorgeerziehung gewidmeten Einrichtungen der Provinzialverwaltung von Brandenburg um ein neues wertvolles Glied bereichert worden. Und es dürfte eine kurze Beschreibung des Hauses und seines Zweckes auch in diesen Blättern von Interesse sein.



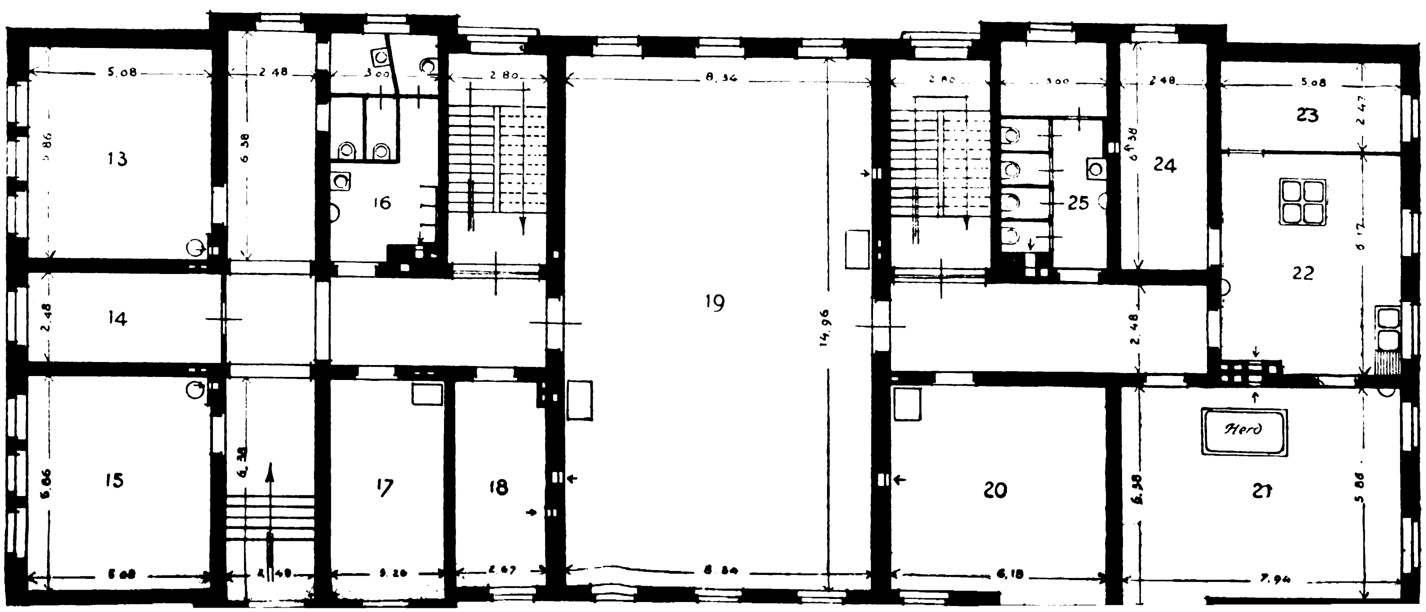
Als das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz in Kraft trat, befanden sich in den hiesigen Anstalten etwa ein Dutzend Zwangszöglinge. Allmählich aber ist, besonders stark in den letzten Jahren, die Zahl der hier behandelten Fürsorgezöglinge außerordentlich angeschwollen, so daß sich hier zurzeit 227 Fürsorgezöglinge befinden, wozu noch weitere 72 von hier aus untergebrachte und regelmäßig überwachte, in Lehr- und Dienststellen oder in Familienpflege befindliche treten.

Die Zugänge im ersten Halbjahre 1911 beziffern sich bereits auf 76 und darunter finden sich in



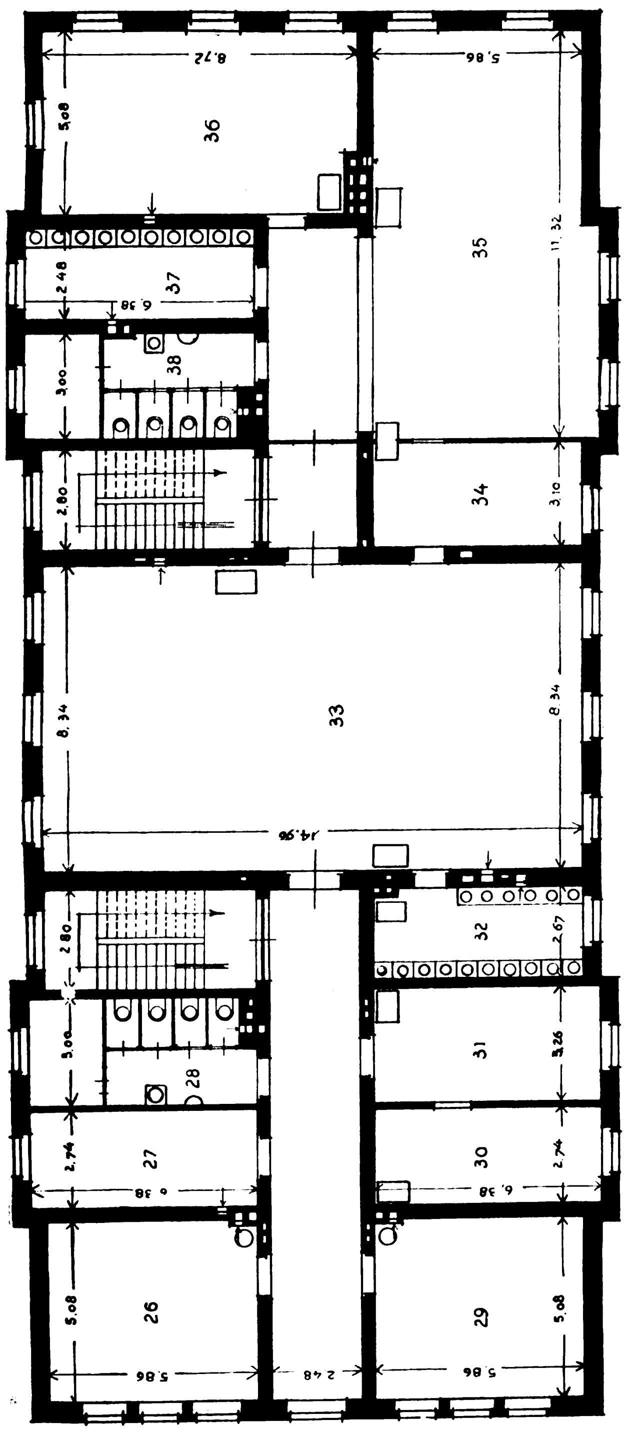
Kellergeschoß.

1 u. 4 Verfügbare Kellerräume
2 Geräteraum
3 u. 11 Bad
5 u. 8 Schuhputzraum
6 Wirtschaftskeller
7 Kohlenkeller
9 Waschküche
10 Plättstube
12 Abort

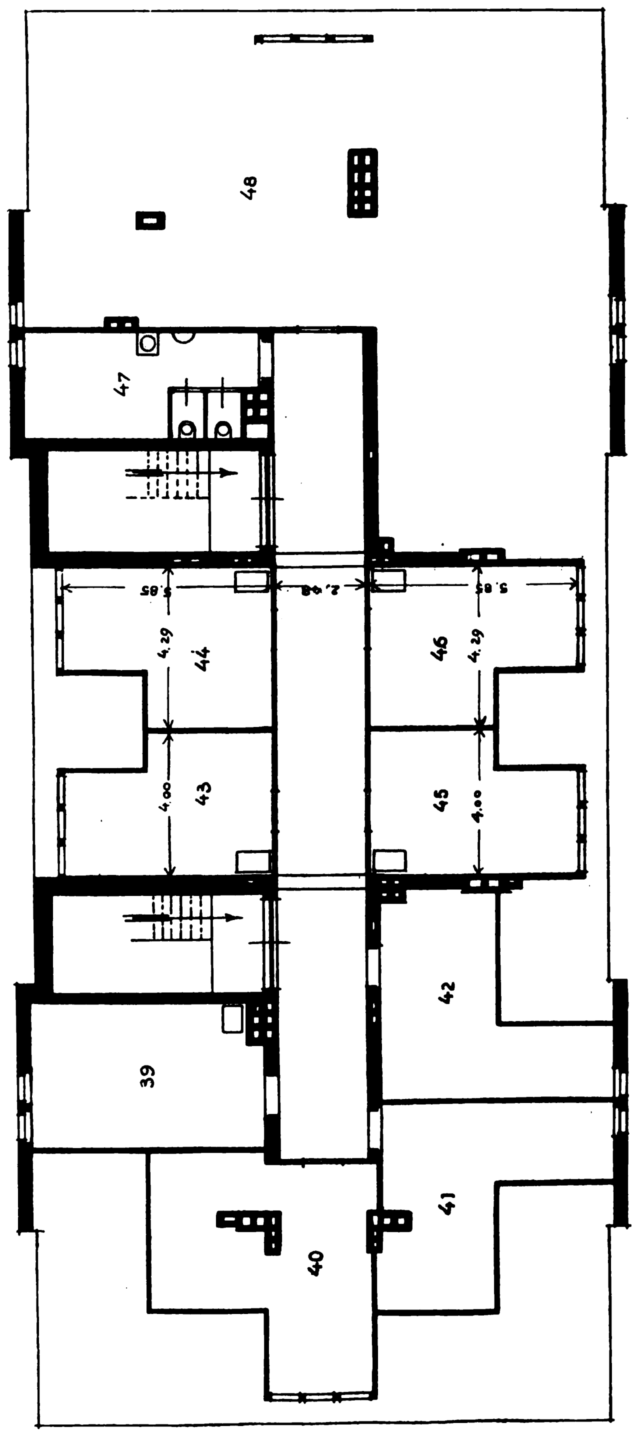


Erdgeschoß.

13 u. 15 Klassen
14 Lehrmittelraum
16 u. 25 Abort und Besenraum
17 Dienstzimmer der Vorsteherin
18 Kleiderablage
19 u. 20 Tagraum
21 Küche
22 Putz- u. Spülküche
23 Vorratsraum
24 Speisekammer



Obergeschoß.
26 u. 29 Klassen
27 Kleiderablage
28 u. 38 Abort und Besenraum
30 u. 31 Zimmer der Vorsteherin
32 u. 37 Waschraum
33 u. 35 Schlafsaal
34 Zimmer d. Gehilfin
36 Nähsaal



Dachgeschoß
39 Verfügbares Wohnzimmer
40 u. 41 Kleiderkammer
42 Bodenraum f. Personal
43 u. 44 Lehrerinwohnung
45 u. 46 Gehilfinwohnung
47 Abort
48 Trockenboden

steigendem Maße besonders weibliche Fürsorgezöglinge, namentlich solche, die bereits der Schule entwachsen sind. Die ausführlichen Arbeiten Direktor Dr. Kluges haben ebenso wie die anderer Psychiater ergeben, daß die Zahl der Psychopathen unter den Fürsorgezöglingen eine ganz gewaltige ist. Aber wenn auch darunter die Zahl derjenigen erheblich ist, die trotz ihrer Defekte ohne Schwierigkeiten der normalen Fürsorgeerziehung überlassen werden können, so bleibt doch noch ein nicht unbeträchtlicher Rest, der in anderer Weise untergebracht werden muß. Da sind zunächst die Geisteskranken, die Idioten, die Imbezillen erheblicheren Grades, die ohne weiteres sich für Krankenanstalten qualifizieren. Nach dem Grade ihrer Erkrankung bezw. nach der Intensität, in der sich bei ihnen abnorme Erscheinungen bemerkbar machen, muß es von Fall zu Fall entschieden werden, wohin Epileptische, Hysterische, Neurasthenische und das Heer der Psychopathen gehören. Für ihre Aussonderung und sachgemäße Unterbringung haben sich die hiesigen Beobachtungsstationen im Zusammenhang mit den von Direktor Dr. Kluge in angemessenen Zwischenräumen an anderen Anstalten in der Provinz vorgenommenen Untersuchungen besonders wertvoll erwiesen. Aus einer Übersicht*) des Genannten über die im letzten Jahre vorgenommenen Untersuchungen erwähne ich, daß von 336 Fürsorgezöglingen 6% als geeignet für Krankenanstalten, 5% für Sonderanstalten bezeichnet wurden, und daß bei weiteren 5% eine genauere Beobachtung in der hiesigen Anstalt für zweckmäßig erachtet wurde, Ergebnisse und Wünsche, denen die weitsichtige Provinzialverwaltung eine tatkräftige Berücksichtigung zuteil werden zu lassen pflegt bezw. schon gegeben hat.

Während nun die eigentlichen Krankenabteilungen der hiesigen Anstalten (Anstalt für Epileptische und Idiotenbildungsanstalt Wilhelmstift) die ausgesprochen kranken Fürsorgezöglinge aufnimmt und die nötigen Beobachtungsstationen darbietet, mußten als Zwischenanstalten besondere Einrichtungen getroffen werden. Es handelt sich um Anstalten, die zwischen die eigentlichen Erziehungsanstalten einerseits und die Idioten-, Epileptiker- und Irrenanstalten andererseits einzugliedern sind. Sie sollen „solche defekte und abnorme Fürsorgezöglinge, die durch ihr reizbares und heftiges Wesen, ihre Verschlagenheit, ihre antisozialen und verbrecherischen Neigungen, ihr renitentes und revoltierendes Verhalten sowohl die erzieherische Tätigkeit an den Erziehungsanstalten als auch die nachgiebige Behandlung an den Krankenanstalten mutwillig und herausfordernd stören",*) aufnehmen. Dort soll auf ihren krankhaften Zustand alle billige Rücksicht genommen werden, zugleich soll aber dort eine strengere Zucht und straffere Ordnung gehandhabt werden. Eine derartige für vierzig psychopathische schulpflichtige Knaben bestimmte Anstalt ist die im Jahre 1905 den hiesigen Anstalten angereihte, immerhin aber mit einer gewissen Selbständigkeit ausgestattete Bethlehemstiftung, die nun im Laufe der Jahre, nachdem 136 Fürsorgezöglinge sie inzwischen passiert haben, ihre Existenzberechtigung durch recht befriedigende Resultate bewiesen hat. Gleichen Zwecken soll der jetzt eingeweihte und demnächst zu beziehende Helenenhof dienen, dessen Pläne hier beigefügt werden. Das Haus ist für 20 schulentlassene und für 30 noch schulpflichtige Zöglinge bestimmt, daher auch mit den nötigen Schulräumen ausgestattet. Es liegt frei und offen da und birgt weder außen noch in seinem Innern irgendwelche Zwangseinrichtungen, wie Gitter oder Arrestzellen. Eine Scheidung zwischen älteren und jüngeren Mädchen ist, wie ein Blick auf die Pläne zeigt, leicht durchführbar, doch wird sie nicht gerade für notwendig gehalten. Um den schulentlassenen Zöglinge die nötige Gelegenheit zur Beschäftigung und Ausbildung zu geben, wird die kleine Anstalt selbständig wirtschaften. Eigene, zweckmäßig eingerichtete Koch- und Waschküchen sind vorgesehen, in denen das Erforderliche nicht nur für die Zöglinge, sondern auch für die Beamten und Lehrerinnen geleistet werden soll. Über den Küchenbetrieb wird die Vorsteherin zwar nach den Sätzen der Nachbaranstalt, im übrigen aber ohne weitere Bindung an einen bestimmten Speiseetat frei disponieren können. Damit ist ihr ebenso wie in erziehlicher Beziehung eine weitgehende Freiheit eingeräumt. Immerhin wird sie der Oberleitung der Nachbaranstalten, die im Einvernehmen mit der Zentralbehörde über Zuweisung geeigneter und Wegnahme ungeeigneter Zöglinge befinden wird, unterstehen, und die räumliche unmittelbare Angliederung des Helenenhofes an die Krankenanstalt hat natürlich nur den Zweck, daß die Stimme des Psychiaters jederzeit gehört werden kann und daß wesentliche Entscheidungen auch auf dem Gebiete der Erziehung ohne seinen Rat nicht getroffen werden sollen.

Mit diesem Hause ist nun aber die bauliche Ausgestaltung der Sonderabteilungen für psychopathische

*) Verwaltungsberichte des Provinzialausschusses der Provinz Brandenburg 1911.

*) Kluge, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschr. für die Erforschung und Behandlung des Jugendl. Schwachsinns, 1907, S. 401.

Fürsorgezöglinge in der Provinz Brandenburg noch nicht abgeschlossen. Geplant werden noch ein weiteres für etwa 50 schulpflichtige männliche psychopathische Zöglinge bestimmtes, an die Bethlehemstiftung anzuschließendes Haus, sowie eine Anstalt für schulentlassene männliche Zöglinge, welche aber voraussichtlich nicht hier in Potsdam, sondern in einiger, immerhin leicht erreichbarer Entfernung von hier seinen Platz finden soll. Und es ist wohl zu hoffen, daß die Provinzialverwaltung wie bisher den eigenartigen Anforderungen, wie sie die Ausgestaltung des Fürsorgeerziehungswesens mit sich bringt, in mustergültiger und wahrhaft humaner Weise Rechnung tragen wird. Es hat sich ja auch gezeigt, daß die weitgehende Differenzierung der Fürsorgeerziehungseinrichtungen, wie sie schon jetzt in der Provinz Brandenburg vorhanden sind, von höchstem Vorteil für die Durchführung der Erziehung ist und daß die Resultate selbst an den abnorm Veranlagten durchaus keine ungünstigen sind. Übrigens mag noch hinzugefügt werden, daß die Behandlung so vieler Fürsorgezöglinge in den hiesigen Anstalten, darunter sind naturgemäß besonders viele sogenannte Unerziehbare und Unverbesserliche, bisher keine wesentlichen Schwierigkeiten gemacht hat.

(Aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn: Direktor: Prof. Dr. med. A. Westphal.)

Über Adalinwirkung bei Geisteskranken.

Von Dr. *Eugen Förster*.

Die von Hennes, dem ehemaligen Assistenzarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn, in seiner Arbeit „Über Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen“ geschilderten Erfolge der Adalinverabreichung bei Kranken mit nervösen Störungen veranlaßten uns, weitere Versuche mit dem Mittel auf der Männerabteilung der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn anzustellen. Dieselben erstrecken sich über den Zeitraum von einem halben Jahre an einem überaus reichhaltigen und mannigfaltigen Krankenmaterial und haben, um das vorweg zu nehmen, die Hoffnungen, die wir auf Grund der chemischen Zusammensetzung (Bromdiaethylkarbamid) und der bisher gezeitigten Resultate auf das Mittel setzten, durchweg bestätigt.

Es wurden im ganzen 216 Einzelgaben von je 0,25 bis 1,5 g verabreicht. Während wir im Beginn unserer Versuche mehrmals täglich kleinere Dosen gaben, etwa drei- bis viermal 0,25 g, sind wir später zu einmaliger größerer Dosis übergegangen und haben gefunden, daß die Wirkung dann eine promptere und auch dauerndere war. Meist genügt die Dosis von 0,5 g, um den gewünschten Erfolg zu erzielen; nur in wenigen Fällen wurde dieselbe Dosis nach sechs bis sieben Stunden wiederholt und nur ein Fall von Manie mit äußerst lebhafter motorischer Erregung, Bettflucht und Rededrang zwang uns zu der Gabe von 1,5 g.

Bei der Darreichung des Mittels wurde Wert darauf gelegt, daß die Patienten eine größere Menge warmer Flüssigkeit (Wasser, Thee) nachtranken, um die Lösung und die Resorption zu beschleunigen. Das Medikament wurde, da es fast geschmack- und geruchlos ist, von allen Patienten gern genommen: einige, die früher Dormiol oder Chloral erhalten hatten, verlangten nach den ersten Adalingaben selbst nach dem neuen Mittel. Irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen haben wir nicht feststellen können, auch nicht bei höherer Dosierung und bei Verabreichung durch Wochen hindurch; wir hörten keine Klagen über Kopfschmerz, Ohrensausen oder Brechneigung, wir beobachteten keine Idiosynkrasie, keine Exantheme nach dem Adalingebrauch. Wir haben keine Störungen der Verdauungstätigkeit bemerken können; Durchfälle, wie sie von anderer Seite beobachtet worden sind, traten nicht auf. Auch auf die Nieren blieb das Medikament ohne Einfluß. Ob bei einigen Patienten die sehr auffällige Herabsetzung der Pulsfrequenz auf Kosten des Mittels zu setzen ist, soll nicht direkt behauptet werden, wäre aber durch die Herbeiführung einer allgemeinen physischen und psychischen Beruhigung durch das Medikament, also indirekt, zwanglos zu erklären. Eine Gewöhnung an das Mittel, auch bei recht langer Darreichung, haben wir nicht feststellen können: wir sind beim selben Patienten unter den gleichen Bedingungen wochenlang mit der gleichen Dosis zum Erfolge gelangt.

In der Wirkung selbst ist eine strenge Trennung zwischen der sedativen und rein hypnotischen nicht aufgefallen: auch kleine Dosen erzeugten bei dem einen oder anderen Patienten Schlaf, auch große Gaben bewirkten oft prompte Eindämmung der Erregungserscheinungen, ohne Schlaf hervorzurufen. Die Übergänge zwischen den beiden Wirkungen haben sich uns doch als verwischter dargestellt, als von anderer Seite angegeben worden ist; das Individuum

selbst zwingt uns doch erst selbst in jedem einzelnen Falle zu der entsprechenden Dosierung.

Die dankbarsten Fälle bei der Adalindarreichung boten die einfachen Schlafstörungen bei der Gruppe der Hypochonder, Neurastheniker und Hysteriker. Der Schlaf trat sehr schnell ein und war, wie verschiedentlich von den Patienten betont wurde, erquickend und wohltuend. Auch bei diesen, sich selbst so sehr scharf beobachtenden Kranken ist nie eine Klage laut geworden über eine sich auf den nächsten Tag ausdehnende Schlafwirkung, die oft, und dann noch verbunden mit Abgeschlagenheit, z. B. nach der Darreichung von Veronal, so übel empfunden wird.

Ganz versagt hat das Mittel bei den schweren Erregungszuständen der Alkoholiker. Allerdings sind nur zwei derartige Fälle mit Adalin behandelt worden, diese beiden aber auch mit absolutem Mißerfolg. Auch bei Epileptikern, dem souveränen Herrschergebiet des Broms, hätten wir, da ja das Adalinpräparat Brom enthält, eine bessere Wirkung erwartet; einen bemerkenswerten Einfluß auf die Erregungszustände dieser Kranken oder auf die Zahl und Beschaffenheit ihrer Anfälle haben wir nicht feststellen können, selbst wenn das Mittel durch Wochen hindurch angewendet wurde.

Ein verbindendes Glied in bezug auf die Adalinwirkung bildeten zwischen den beiden oben geschilderten Gruppen die Kranken der großen Dementia-praecox-Gruppe und die Paralytiker. Bei diesen Patienten trat die sedative Wirkung gegenüber der hypnotischen in den Vordergrund. Recht schwere Fälle explosionsartiger Erregungen reagierten auf 0,5 g Adalin prompt mit einem Abblassen aller Erregungssymptome: die Kranken wurden ruhig, blieben im Bett, der Rededrang verschwand. Bei einigen Patienten wurde, nachdem die sedative Wirkung nach sechs bis sieben Stunden nachzulassen schien, um dem Kranken und der Abteilung weitere Ruhe zu geben, die Dosis von 0,5 g wiederholt. Meist aber genügte die einmalige Gabe, um für einen Tag oder für eine Nacht Ruhe zu schaffen. Bei einigen Paralytikern, bei denen die beruhigende Wirkung des Adalin allzu vorübergehend war, wurde auf Grund der guten Erfahrungen der Verbindung der Morphium- mit der Scopolamindarreichung, Scopolamin nebenher gegeben und dabei gefunden, daß bei dieser Kombination des Adalins nur halb soviel Scopolamin nötig war, um vollständige Beruhigung zu erzielen als früher, wenn nur Scopolamin und vorher kein Adalin verabreicht worden war, und daß man bei der Adalinkuppelung auch geringere Mengen Scopolamin gebrauchte, als bei der üblichen Morphium-Scopolamindosierung. Wir kamen immer mit 0,0002 Scopolamin neben 0,5 g Adalin aus.

In den beiden Gruppen der Dementia praecox und der Paralyse ließen sich Erregungszustände koupieren, sobald beim ersten Erscheinen der Vorboten Adalin gegeben wurde. Die Anfälle blieben entweder ganz aus oder traten in so verminderter Heftigkeit auf, daß sie schnell vorübergehend waren; von einer zweiten Adalingabe konnte immer abgesehen werden. In diesen Fällen trat, nachdem die Patienten ins Bett gebracht worden waren, in der größeren Mehrzahl ein einige Stunden dauernder, aber etwas oberflächlicherer Schlaf ein, aus dem die Kranken ohne die vorher gebotenen Zeichen der Unruhe und der beginnenden Erregung erwachten.

Auch bei unseren manischen Patienten erzielten wir Erfolge; sie stellten aber im Verhältnis das größte Kontingent dar, bei denen einmalige Gaben nicht genügten, sondern bei denen nach einem Zeitraum von sechs bis sieben Stunden eine Wiederholung nötig wurde. Ein Patient, der schon erwähnt wurde, erhielt abends 1,5 g Adalin, schlief darauf nach 20 Minuten ein; der Schlaf dauerte fünf Stunden, um dann nach dem Erwachen einem absolut ruhigen Verhalten zu weichen. In ähnlichen Fällen wie diesen, wenn noch längerer Schlaf erzielt werden soll, scheinen Versuche mit noch größeren Adalingaben, die anscheinend ohne Bedenken gegeben werden können, angebracht.

Bei drei Fällen von seniler Demenz wurde die Unruhe mit Adalin mit gutem Erfolge bekämpft.

Die Ergebnisse der Adalindarreichung bei unseren Geisteskranken zusammenfassend kommen wir zu dem Schluß, daß sich das Adalin als Hypnotikum und Sedativum gleich gut bewährt hat. Es wird kaum im Stich lassen als zuverlässiges und schnell wirkendes Schlafmittel und verdient eine ausgedehnte Anwendung in all den Fällen, in denen man Beruhigung aufgeregter Geisteskranker, mit Ausnahme der Alkoholiker und Epileptiker, erreichen will. In Verbindung mit Scopolamin setzt es uns in die Lage, hohe Scopolamingaben vermeiden zu können. Es wird von den Patienten gern genommen und hat vor allem keine üblen Neben- oder Nachwirkungen.

Die Einführung des Adalin in unseren Arzneischatz ist daher mit Freuden zu begrüßen.

In den bisher, auch in dieser Zeitschrift, erschienenen Abhandlungen über Adalin wurde die Literatur verschiedentlich genannt, so daß ich von einem Hinweis auf dieselbe absehen zu können glaube.

Über die Agilität.

Von Dr. *Ernst Jentsch.*

Von den Motilitätsanomalien des Menschen sind außer den traumatischen wohl die gröberen nervösen Störungen, wie die Lähmungen, Krämpfe, choreatische Bewegungen u. dergl. am frühesten zur Beobachtung gekommen. Man hat mit dem Fortschreiten des ärztlichen Wissens die einzelnen Formen solcher schweren augenfälligen Besonderheiten genauer zu unterscheiden und immer neue, feinere und seltenere Beeinträchtigungen der motorischen Sphäre kennen gelernt. Alles dies war das Ergebnis der pathologischen Betrachtungsweise des Menschen.

Als sich der pathologische Blick zum biologischen erweitert hatte, erwies sich, daß mit den Resultaten der ersteren Art zu sehen, die Reihe der Erscheinungen auch in diesem Bereich noch nicht erschöpft worden war. Es zeigte sich, daß auch abgesehen von eigentlichen pathologischen Störungen auffallende individuelle Besonderheiten in der Bewegungssphäre existierten. Die fraglichen Eigentümlichkeiten ließen sich zum Teil in Beziehung setzen zu der neugeschaffenen Degenerationslehre, die sie wieder durch gewisse Verknüpfungen zu stützen schienen. Besonders war es die Aufstellung der kriminellen Typen, die die Aufmerksamkeit auf die Erscheinungsgruppe lenkte. Anlaß hierzu gaben namentlich die häufig mit außergewöhnlicher Gewandtheit in Szene gesetzten Entweichungen mancher Häftlinge und ein merkwürdiges an das analoge Gehaben der Quadrumanen erinnerndes Wesen der allgemeinen Motilität einzelner solcher Individuen, sei es in Form einer größeren motorischen Unruhe überhaupt, sei es durch beim Menschen ungewöhnliche Arten von Bewegungen. Hierdurch eröffnete sich wieder ein Ausblick teils nach der morphologischen Seite, teils nach der ethmologischen Vergleichung dieser Individuen mit Angehörigen mancher wilden oder halbwilden Rassen. Die italienische Schule fand die in Rede stehende Eigentümlichkeit in gewissen Formen alsdann auch bei Individuen auf, deren Degeneration nicht das ethische Gebiet betraf. Sie bezeichnete die Erscheinung im allgemeinen mit dem Terminus „Agilität“.

Einem so geschaffenen Sammelbegriff mußte mancherlei Unklares anhaften. Es ist daher wohl angebracht, den fraglichen biologischen Komplex etwas näher ins Auge zu fassen, um zu sehen, was in ihm enthalten sein könne und wie weit sich sein Gebiet etwa ausdehnen läßt.

Man begriff also unter der „Agilität“ im ganzen eine Steigerung der motorischen Leistungsfähigkeit bezüglich ihrer Zweckmäßigkeit oder relativen Vervollkommnung, oder eine größere Disposition zur Äußerung von Bewegungen überhaupt oder zur Äußerung auffälliger Bewegungen oder von Bewegungen in besonderer Form. Dabei konnte die motorische Kraft auch selbst gesteigert sein, doch bildete dies kein Charakteristikum, es schien sogar der agilen Bewegungsform eigen, daß nicht die grobe Kraft erhöht war, sondern daß verhältnismäßig komplizierte Bewegungen oft mit relativ geringen dynamischen Mitteln vor sich gingen, daß die Kraftverteilung hinsichtlich der einzelnen Komponenten der Bewegung sehr ökonomisch gehandhabt wurde, so daß mit kleinem motorischen Aufwand sehr vielgestaltige Wirkungen erzielt zu werden schienen. Nicht unter die „agilen“ Äußerungen fallen also die Motilitätsbesonderheiten, die lediglich eine quantitative Steigerung dieser schlechthin bedeuten. Aus diesem Grunde gehört die eigentliche Athletik nicht hierher. Auch die bloße „Rührigkeit“ des Individuums, die sich nicht eigentlich auf die koordinative Tätigkeit erstreckt, hat damit nichts zu tun, ebensowenig etwa der stärkere Hang zur Lokomotion an sich. Auch eine besondere habituelle Nüanzierung von Bewegungen, wie z. B. die Grazie, könnte man nicht ohne weiteres zur agilen Bewegungsform rechnen. Die letzteren Formen von Bewegungsäußerungen können aber mit dieser zusammenhängen und werden gelegentlich mit ihr vereinigt erscheinen. Dagegen ist das Moment der „Geschicklichkeit“ einer Bewegung ein gewisses Kriterium für ihre „agile“ Beschaffenheit. Es besteht hier allerdings die Schwierigkeit, daß es vielleicht keine „Geschicklichkeit“ als allgemeine Eigenschaft gibt, gewöhnlich sind die Menschen nur in gewisser Richtung „geschickt“, in anderen nicht. Gleichwohl läßt sich ein Unterschied hier nicht in Abrede stellen. Namentlich ist es wohl unbestritten, daß es ganz allgemein sehr ungeschickte Menschen gibt, wenngleich wohl kein Gesunder dies jemals in absolutem Sinne sein wird. Die Ursachen solcher essentiellen Ungeschicklichkeit werden aber wohl sehr verschieden sein können. An dieser Stelle wäre hiervon indes nur von Belang, daß ihr Fehlen jedenfalls noch nicht die entgegengesetzten Wirkungen zur Folge haben könnte.

Die Agilität des Individuums wird sich oft zeigen in der habituellen leichteren und prompteren Voll-

ziehung der gewöhnlichen Bewegungen und dadurch, daß diese ohne an Ausgiebigkeit zu verlieren, in einem Mindermaß von Zeit ausgeführt werden können. Diese Fähigkeit ist individuell verschieden und es beruhen hierauf vielfach die Eignungen zu manchen Beschäftigungsarten, man denke z. B. an die technische Handhabung mancher Instrumente oder an manche Handfertigkeiten. Gewiß kommen hier auch die Auffassung und die Übung in Frage, aber diese sind nicht ausschließlich ursächlich beteiligt und ferner können sie ohne Schaden für die Betrachtung hier vorläufig eingeschlossen bleiben. Von den Agilen pflegen aber auch sonst kompliziertere Bewegungen und solche Bewegungen und Haltungen, die in ihrer Vollziehung erst gelernt werden müssen, rascher und leichter ausgeführt zu werden, d. h. freilich nicht alle erdenklichen Bewegungen, sondern je nachdem ein individuell wechselnder Bereich derselben. Manche Agile besitzen auch eine etwas größere Schnelligkeit in den meisten Bewegungen überhaupt, sind „flink", dabei kann die Präzision der letzteren sich gleichbleiben, leiden oder selbst noch erhöht sein. Die Agilität wird sich auch zeigen in einer größeren Ausdauer in der Vollziehung rascherer oder schwierigerer Bewegungen, wenn auch nicht in der größten möglichen Ausdauer in solchen Bewegungen überhaupt.

Die Agilität ist bei größerer Schwere oder Masse des Körpers oder der Organisation meist geringer, bei geringerer dagegen häufig erleichtert. Korpulenz pflegt die allgemeine Agilität zu beeinträchtigen, wenn auch nicht unbedingt auszuschließen.

Die Agilität wird vom Individuum meist angenehm empfunden, die Erleichterung der Motilität als lebensfördernd verspürt. Daher strebt der Mensch nach Gymnastik und körperlicher Übung und in pathologischer Form nach motorischer Anregung durch gewisse narkotische Stoffe, sei es auch nur, um sich die Illusion einer erhöhten Agilität zu schaffen, insofern der wirkliche Wert der Leistung unter Einwirkung jener herabgeht.

Eine Übersicht über die Formen der Agilität wird gleichzeitig ihre einzelnen Ursachen mit berühren müssen. Je nach diesen wird der fragliche biologische Zug von verschiedener Bedeutung erscheinen. Mitunter wird es zweifelhaft bleiben, ob ein bestimmtes Verhalten noch einer „Agilität" zuzurechnen sei. Durch eine solche Musterung wird aber am besten klar werden, inwieweit der Begriff zu betonen sein wird, und an welchem Punkte er etwa Anlaß gibt zu neuen oder weiteren Untersuchungen.

Man kann die einzelnen Formen der Agilität etwa einteilen in psychomotorische und rein motorische und diese wieder in normale und abnorme.

Die normalen psychomotorischen Ursachen könnte man auch als biologische oder psychologische Prädisposition bezeichnen. Diese findet sich vor namentlich im kindlichen Alter, für welches sie allgemein physiologisch bezeichnet werden muß. Die Veranlassung hierzu liegt zwar nicht ausschließlich auf psychologischem Gebiete, sondern auch auf physischem, an dem angeführten Verhalten bezüglich der geringen Körpermasse und der Kleinheit der Natur, die alle Bewegungen erleichtern, vereinfachen und abkürzen, nicht zum wenigsten auch in der schwächeren Wirkung der Schwere, der verminderten Gefahr des Sturzes bei geringer Höhe und der deshalb herabgesetzten Vulnerabilität. Rein psychisch kommt in Betracht die größere affektive Erregbarkeit und die Hemmungslosigkeit des Kindes, sein rascher Stimmungs- und Entschlußwechsel, das Nichtinanspruchgenommensein von planmäßigen Beschäftigungen mit bestimmten Bewegungen und Haltungen, erhöhtes Lebensgefühl, Wegfallen des größten Teiles der eigenen Abwehr gegen Schädlichkeiten aller Art. Die meisten dieser Faktoren besitzen auch eine ursächliche Bedeutung für das kindliche Spiel, in welchem in erster Linie sich auch die kindliche Agilität zu betätigen pflegt, welche es nicht selten in die bekannten drastischen Situationen führt und trotz des Schutzes durch die geringen Dimensionen häufig in Gefahr bringt, wegen seiner Unachtsamkeit und Erfahrungslosigkeit durch Sturz aus der Höhe usw.

Eine weitere Prädisposition für die Agilität ist gegeben durch die Rassenangehörigkeit. Es ist eine eigentümliche Erscheinung, daß die Südländer und tropischen Völker agiler sind als die Nordländer und Arktiker. Dies ist um so merkwürdiger, als erstere öfter im allgemeinen sehr indolent sein können, was bei letzteren nur selten der Fall zu sein pflegt. Die Agilität des Südländers und des Wilden zeigt sich besonders in der lebhaften Gestikulation, bei manchen konventionellen Haltungen und Gebräuchen und bei den Tänzen, die bei wilden Stämmen frenetisch sein können. Alle Einflüsse ferner, welche die Intensität der Affekte heraufsetzen, steigern diese Agilität wiederum in den Angehörigen solcher Rassen oder bringen sie zum Vorschein, auch nachdem sie sich in fremden Himmelsstrichen in andere Sitten eingelebt haben, und bei ihren Abkömmlingen, die gleichzeitig anderen Rassen angehören. Bei den wilden Rassen fällt die eigentümliche Parallele auch häufig ins Auge, die manchmal zwischen psychomotorischer

Agilität und psychischer Hemmungslosigkeit zu bestehen scheint. Die ungewöhnliche Form mancher Bewegungen durch die anomale Verwendung von Muskelgruppen, wie z. B. die Benutzung der Zehen zum Ergreifen eines Gegenstandes, wie sie bei manchen wilden Völkern noch zur Beobachtung gelangt, gehört indes noch in ein anderes Ursachengebiet. Auch das Nomadisieren der wilden und halbwilden Stämme hat zu verschiedenartige Veranlassungen, als daß es als Äußerung einer bloßen Agilität dieser angesehen werden könnte.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Zum Bau der neuen badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.** Der Bau dieser neuesten Heilstätte für Geisteskranke in Baden erfolgt nach dem endgültigen Projekt vom Dezember 1908 mit einem Kostenvoranschlag von 5 800000 M. Der Baubeginn datiert vom Dezember 1909. Zuerst wurden die Entwässerungsanlagen, sodann die fürs erste notwendigen Straßenführungen unternommen. Sodann wurde im Juni 1910 die Regenwasserkanalisation in Angriff genommen; der Bau der Schmutzwasserkanalisation und der Wasserversorgungsanlage ist für das Jahr 1912 ins Auge gefaßt. Mit dem Hochbau wurde am 18. August 1910 begonnen, und zwar wurden folgende Häuser in Angriff genommen: Aufnahme- und Wachstation für Ruhige (Männer- resp. Frauen, — M A R, F A R —), Aufnahme- und Wachstation für Unruhige — M A U, F A U —, Verwaltungsgebäude, Koch- und Waschküche und das Werkstättengebäude. Zurzeit sind dieselben im Rohbau errichtet und unter Dach gebracht; ihr innerer Ausbau wird von nun an betrieben. Im Januar 1911 wurde mit dem Bau der Häuser für Unruhige — M U 1, F U 1, M U 2, F U 2 —, des Direktor- und Arztwohnhauses und des Kesselhauses begonnen. Ferner sollen 1912 neu in Angriff genommen werden die Lazaretthäuser M H 1, F H 1 und die Häuser für Halbruhige M H 2 und F H 2, und an sonstigen Gebäuden: das Ökonomiegebäude (erste Hälfte), die Kirche, das Leichenhaus, das Schlachthaus und zwei Beamtenwohnhäuser. Es wird damit gerechnet, daß alle diese Gebäude im Herbst 1913 fertiggestellt und dem Betrieb übergeben werden können. Die Anstalt soll auf diesen Termin mit einer Belegziffer von zirka 500 Plätzen eröffnet werden. Der weitere Ausbau soll sodann in den folgenden Jahren stattfinden; bis zum Jahre 1917 soll die ganze Anstalt mit 910 Betten, bei normaler Belegzahl, fertiggestellt sein. Die Bauleitung liegt in den Händen der Bezirksbauinspektion Konstanz.

— Die Zeitschrift: **„Irrenrechts-Reform**, Internationale volkstümliche Zeitschrift des Bundes für Irrenfürsorge und Beseitigung der Irrenhausmißstände, Schutzbund gegen Entmündigung", (Verlag: Jünger & Co., Heidelberg, Hauptstr. 100) bringt in Nr. 20/21, 1911, folgende Mitteilung: „Die angekündigte ordentliche Bundes-Versammlung (nur für Mitglieder) findet voraussichtlich Ende Oktober in Berlin statt. Etwaige Anträge sind schleunigst der Redaktion einzureichen. Besondere Einladungen gehen den Mitgliedern rechtzeitig noch zu. — Außerdem ist eine **öffentliche Protest-Versammlung gegen den Psychiater-Unfug** in Vorbereitung.

Anmeldungen zum Bundes-Beitritt nehmen entgegen außer der Bundesleitung und Redaktion: Prof. Lehmann-Hohenberg in Weimar, San.-Rat Dr. Bilfinger, dirigierender Arzt des Sanatoriums Bad Schweizermühle bei Königstein (Sächs. Schweiz), Dr. med. Winsch in Halensee, Georg Wilhelmstraße 6, Prof. Franz Dörfler in Wien 17, Calvarienberggasse 46, Zahnarzt L. Fliegel in Zürich (Schweiz), Kreuzstr. 50, sowie die juristischen Beistände, Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried in Berlin, Potsdamerstr. 49, Rechtsanwalt Graefe in Berlin, Potsdamerstr. 86, Rechtsanwalt und Notar Aehnelt in Berlin, Charlottenstr. 62, Rechtsanwalt und Notar Dr. Georg Hirschfeld in Bremen, Obernstr. 33, Rechtsanwalt Dr. Engelbert Lothar Schücking in Dortmund, Ostenhellweg 55, Rechtsanwalt Dr. Froeber in Jena, Rechtsanwalt Dr. Hirschhorn in Mannheim. Der Jahresbeitrag beträgt 5 M., dafür kostenlose Zustellung der ‚Irrenrechts-Reform'."

Welche opferwillige materielle Unterstützung der Bund findet, geht aus dem im selben Heft veröffentlichten Verzeichnis der freiwilligen Spenden hervor, die seit der letzten öffentlichen Quittung in Nr. 14/15 eingingen; es finden sich darunter Spenden von 30, 40, 60 und 100 M.

— **Die Hundertjahrfeier der Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus** am 24. September 1911 nahm einen ebenso glänzenden wie weihevollen Verlauf. Wir entnehmen der „Lippischen Landeszeitung" darüber folgendes: Dem Charakter der Feier entsprechend beschränkte sich die Zahl der Teilnehmer auf die Spitzen der Staatsverwaltung und auf Persönlichkeiten, die mit ihr in beruflicher und sonstiger näherer Verbindung stehen. Unter den Gästen nennen wir außer den Höchsten Herrschaften in Begleitung ihres Gefolges, des Oberhofmarschalls von Loos, der Hofdame Ihrer Hoheit Fräulein von Schlichting und des Flügeladjutanten Major von Dewall, Staatsminister Freiherrn von Gevekot, Landeshauptmann von Westfalen, Dr. Hammerschmidt, Landeshauptmann in Hessen, Geh. Med.-Rat Professor Dr. Cramer aus Göttingen, Landtagspräsidenten Riekehof-Böhmer, Reichs- und Landtagsabgeordneten Dr. Neumann-Hofer, Herrn Landtagsabg. Generaldirektor Hoffmann, Herrn Geh. Oberregierungsrat Pustkuchen, Geheimrat Ernst, Regierungsrat Böhmer, Landgerichts-

präsidenten Preuß, Ersten Staatsanwalt Credé, Generalsuperintendenten Weßel, Kammerpräsident Wasserfall, Medizinalrat Dr. Volkhausen, Sanitätsrat Dr. Heynemann, Geheimrat Kirchhof, Oberbürgermeister Dr. Höland, Direktor Dr. Schedtler, Pastor Kuhlmann, Direktor der Landesspar- und Leihekasse Thörner, landwirtschaftlichen Sachverständigen der Anstalten Landwirt Meier Jobst u. a.

Das offizielle Programm begann mit der Überreichung von Auszeichnungen durch den Staatsminister und den Oberhofmarschall. Die verliehenen höchsten Auszeichnungen sind folgende:

Den Titel „Oberinspektor" erhielt der Anstaltsverwalter Friedrich Drawe in Lindenhaus; den Titel „Maschinenmeister" der Anstaltsmaschinist Köhsel daselbst; das Ehrenkreuz 4. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens wurde verliehen dem Direktor der hessischen Provinzial-Irrenanstalt Dr. Schedtler in Merxhausen, dem Anstaltsgeistlichen Pastor Kuhlmann in Brake; das Frauenverdienstkreuz der Oberin Johanna Bargstädt in Lindenhaus; die silberne Medaille zum Leopold-Orden dem Oberpfleger Sievert in Lindenhaus; die bronzene Medaille zum Leopold-Orden dem Pfleger Friedrich Redecker in Lindenhaus, dem Pfleger Ernst Schrader auf dem Koloniegut in Entrup.

Um 11 Uhr trafen die Höchsten Herrschaften ein. Frau Alter, die Gattin des Herrn Anstaltsdirektors, überreichte Ihrer Hoheit der Fürstin einen Blumenstrauß. Mit herzlichem Dank quittierte die hohe Dame.

Im Anschluß daran fand in der Anstaltskirche der Festgottesdienst statt.

Darauf begab sich die Festversammlung zur Enthüllung des Gedenksteins für die Fürstin Pauline, der, vom Hofbildhauer Carl Meier in Detmold geschaffen, vor der Direktorwohnung seine Aufstellung gefunden hatte.

Medizinalrat Dr. Alter hielt vor der Enthüllung eine Ansprache, in welcher er auf die hohen Verdienste der Gründerin der Anstalt, der Fürstin Pauline, hinwies, und welche mit dem Wunsche, daß die Anstalt immerdar in dem lippischen Fürstenhause ihre gnädigsten Gönner und hochherzigen Förderer finden möge, und mit einem Hoch auf Seine Hochfürstliche Durchlaucht den gnädigsten Landesherrn, ihre Hoheit die Fürstin und das ganze Fürstliche Haus, schloß.

Im Anschluß an die stimmungsvolle Rede des Direktors Dr. Alter sprach Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Cramer-Göttingen. Er brachte die Glückwünsche des Vereins deutscher Psychiater dar.

Dann folgte gegen 12 Uhr ein Rundgang durch einige ruhige Abteilungen der Anstalt, dabei wurde das Frauenhaus 4 besucht, wo eine Kranke in altlippischer Tracht der Fürstin mit der Deklamation eines kurzen von einer Kranken gedichteten Verses Blumen überreichte.

Nach diesem Rundgange folgte in der Wohnung des Direktors die Frühstücks-Tafel, zu der die vorhin genannten Gäste Einladungen erhalten hatten. Auch die Höchsten Herrschaften nahmen daran teil. Nach beendigter Frühstückstafel begaben sich die Höchsten Herrschaften nach Detmold zurück, während die übrige Festgesellschaft zur Fahrt naeh dem Koloniegut Entrup und der Luher Heide sich anschickte. Aus der Wüstenei der Luher Heide hat die Leitung der Anstalten unter der hervorragenden Wirkung des Herrn Wilhelm Meier Jobst fruchtbare, der Ackernutzung erschlossene Gefilde gemacht.

Bald nach 4 Uhr begann in dem Festsaal von Belle-Alliance in Brake die Nachfeier für die Kranken und für diejenigen Teilnehmer, die noch nicht zurückgekehrt waren. Dabei wurden auch zwei Festspiele aufgeführt, von denen Med.-Rat Dr. Alter eins selbst geschrieben hatte.

Das Geschenk des Fürsten Leopold zur Hundertjahrfeier. Aus Anlaß der Feier des 100 jährigen Bestehens der Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus hat der Durchlauchtigste Fürst der Anstalt das Domanialgrundstück die Ballwiese Blatt 2 Parzelle 67/46 in Größe von 54,92 Ar mit einem Grundsteuerreinertrag von 32,26 Mark als Jubiläumsgabe zum Geschenk gemacht. Diese Höchste Gabe bedeutet für die Anstalten eine wertvolle Bereicherung des Anstaltsvermögens und entspricht auch den besonderen Anstaltsinteressen.

Referate.

— The twenty-first Annual Report of the Asylums Comittee as to the London County Asylums: Banstead, Bexley, Cane Hill, Claybury, Colney Hatch, Hanwell, Horton, Long Grove, the Manor and Epileptic Colony, for the year ended 31. March 1910 bespricht die in obigen Anstalten untergebrachten 19867 Geisteskranken, und zwar 8496 Männer und 11371 Frauen, ihre Aufnahmen, Behandlung, Entlassung, die Todesfälle, die Vergrößerung des Belegraumes etc.

Die Kosten der Behandlung und Verköstigung beliefen sich pro Kopf und Woche auf 10 S. 0,34 d. Die Gesamtausgaben betrugen für das Berichtsjahr 341528,13 £.

Es waren mit den Prosektoren 64 Ärzte an den Anstalten tätig, oder es kamen 310 Kranke auf einen Arzt. Dazu ist zu bemerken, daß die Ärzte ausschließlich den ärztlichen Dienst versehen und von allen Schreib- und Amtsgeschäften befreit sind.

Die Direktoren erhalten 1000 £, Naturalwohnung und Emolumente im Werte von 100 £ jährlich. Die Assistenzärzte erhalten 180 bis 400 £ jährlich nebst freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung und Beköstigung. Der Urlaub beträgt nach dem Dienstalter vier bis sechs Wochen. Fortbildungskurse werden gerne bewilligt und die Mittel hierzu beigestellt.

Es waren 2343 Pflegepersonen, und zwar 1008 männliche und 1335 weibliche beschäftigt. Für den Nachtdienst sind eigene Nachtdienstpflegepersonen bestellt. Die Pflegepersonen verrichten nur Krankendienst. Für den Reinigungsdienst sind die Helpers-Gehilfen da. Die Pflegeunterrichtskurse werden von eigens bestellten Ärzten abgehalten. Eine Pflege-

person kommt auf acht Kranke. Sie wohnen in eigenen Pflegerheimen, haben freie Station und je nach dem Dienstalter 14 Tage bis 4 Wochen Urlaub.

Die Berichte der Irreninspektoren sind gründlich, übersichtlich. Ebenso weisen die Berichte der einzelnen Superintendenten neben ihrer Gleichförmigkeit eine große Fülle wissenschaftlichen Materiales auf.

Recht eingehend ist auch heuer der Bericht des Pathologen Prof. Dr. Mott und seiner Assistenten. Eine stattliche Reihe von Werken wurde veröffentlicht oder sie befinden sich unter der Presse. Sie beinhalten zumeist neurologische Forschungen oder die Erforschung von Krankheitsursachen; zahlreiche beigegebene Tabellen erläutern diese wissenschaftlichen Arbeiten.

Ein Bericht des Anstaltsingenieurs gibt ein klares Bild über die Beheizungs-, Bewässerungs- und elektrischen Anlagen in den einzelnen Anstalten.

Eine große Zahl vorzüglicher statistischer Tabellen und eine übersichtliche Tabelle über sämtliche Angestellten und ihre Bezüge beschließt den dickleibigen Band, den man nicht ohne Nutzen aus der Hand legt. Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— In: the fifty first Annual Report of the Medical Superintendent of the Matteawan State Hospital for the year ending September 30, 1910, Matteawan N.-Y., Fishkill on Hudson to the Superintendent of State Prisons at Albany N.-Y. berichtet Herr Lamb über folgende Krankenbewegung des Berichtsjahres:

	M.	Fr.	Zus.
Es waren verblieben am 1. Oktober 1909 . .	627	132	759
Aufgenommen wurden .	69	18	87
Verpflegt wurden . . .	696	150	846
Entlassen wurden als:			
Geheilt	9	2	11
Gebessert	19	6	25
Ungebessert	5	—	5
Nicht geisteskrank . . .	2	—	2
Gestorben	20	4	24
Zusammen	55	12	67
Es verblieben am 30. September 1910	641	138	779

Der Superintendent beklagt den Überbelag von 171 Männern und 58 Frauen — der Normalbelag beträgt 470 Männer und 80 Frauen — aus Gründen der Hygiene und der persönlichen Sicherheit für Kranke und Bedienstete der Verbrecherirrenanstalt und verlangt mit Recht zur Vermeidung der in der Überfüllung der Anstalt gelegenen Gefahren eine weitere Ausgestaltung und Vergrößerung der Anstalt oder eine Verminderung des Belages.

Da die Bestellung von Ärzten für die Anstalt für irre Verbrecher und verbrecherische Irre durch den Mangel an Bewerbern sehr erschwert wird, so schlägt Herr Lamb vor, die angestellten Ärzte in fünfjährigen Intervallen turnusweise fünf Monate zu wissenschaftlichen Studien in die Hauptstadt zu beurlauben, eine Institution, welche bereits seit 1910 funktioniert.

Zur Erreichung eines stationären Pflegepersonales wird neben der Anlage eines Wärterdorfes eine Altersversorgung vorgeschlagen.

Die Gesamtausgaben betrugen 160499 oder 207,56 Dollars pro Kopf und Jahr, was eine Steigerung von $1^1/_2$% gegen das Vorjahr bedeutet.

In der Anstalt wurden viele Verbesserungen angebracht.

Alle Heilmethoden kamen in Anwendung. Besonders die Arbeitstherapie wurde mit Nutzen für die Kranken und die Anstalt sehr erfolgreich in Anwendung gebracht, wie die Summe von 13282,12 Doll. für den Wert der landwirtschaftlichen und die Summe von 5922,18 Doll. für den Wert der Gartenprodukte, zusammen also 19204,30 Doll. oder 95021,50 Kronen hinreichend beweisen.

Dreißig statistische Tabellen gewähren einen genaueren Einblick in die gut geleitete Krankenbehandlung und wirtschaftliche Führung der Anstalt.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— Fifty-second Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland to Secretary for Scotland.

Die Zahl der in Anstalten und in der Familienpflege untergebrachten geistig abnormen Personen betrug im abgelaufenen Berichtsjahre 18337 und zwar: 8978 Männer und 9359 Frauen.

Diese verteilen sich auf:

Einteilung:	Männer:	Frauen:	Zusammen:
Aus Stiftungen erhaltene Anstalten	1648	1936	3584
Aus öffentlichen Mitteln erhaltene Anstalten . .	5153	4967	10120
Privatanstalten	33	55	88
Die Wachabteilungen der Armenhäuser mit unbeschränkter Erlaubnis .	112	101	213
Die Wachabteilungen der Armenhäuser mit beschränkter Erlaubnis . .	416	408	824
Die Familienpflege . . .	1258	1705	2963
Die Abteilung der Geisteskranken beim Gefängnis Perth	47	6	53
Die Schulen für Schwachsinnige	311	181	492
Zusammen:	8978	9359	18337

Davon sind:

Einteilung:	Zahlende			Arme		
	Mr.	Fr.	Zus	Mr.	Fr.	Zus.
Aus Stiftungen erhaltene Anstalten	842	1059	1901	806	877	1683
Aus öffentlichen Mitteln erhaltene Anstalten . .	107	190	297	5046	4777	9823
Privatanstalten	33	55	88	—	—	—
Die Wachabteilungen der Armenhäuser mit unbeschränkter Erlaubnis . .	—	—	—	112	101	213
Die Wachabteilungen der Armenhäuser mit beschränkter Erlaubnis .	—	—	—	416	408	821
Die Familienpflege . . .	36	84	120	1222	1621	2843
Die Abteilung der Geisteskranken beim Gefängnis Perth	—	—	—	—	—	—
Die Schulen für Schwachsinnige	90	64	154	122	117	338
Zusammen:	6108	1452	2560	7823	7901	71524

Der Bericht bespricht ausführlich und eingehend die zahlreichen gut gearbeiteten statistischen Tabellen, die einzelnen Anstalten, die Aufnahmen, Entlassungen und Todesfälle etc., die Beschränkungen und Unglücksfälle, die durchgeführten Verbesserungen in den einzelnen Anstalten, die Verköstigung und zum Schlusse die vorbildlich eingerichtete Familienpflege.

Daß auch für das Pflegepersonal Verbesserungen seiner Lage angestrebt wurden, ist selbstverständlich.

Für die Beamten und Diener wurde ein neues Pensionierungs-Gesetz geschaffen, welches bereits in Kraft ist und ihnen viele Vorteile sichert.

Die eingehenden beigedruckten Berichte der Irreninspektoren beschließen den interessanten und lesenswerten Jahresbericht. Dr. Anton Hockauf, Gugging.

— Blumenfeld, Marie, „Ein atypischer Fall von manisch-depressivem Irresein". Inaug.-Dissert. Heidelberg. 71 S. Ebering, Berlin, 1911.

Bemerkenswert erscheinen Verf. bei ihrem Fall von manisch-depressivem Irresein die Wahnideen, die auch in gesunden Zeiten, wenn auch merklich zurückgetreten, vorhanden sind, so daß ein der degenerativen Paranoia ähnliches Bild zustande kommt. Auch die Verwirrtheitszustände finden sich unregelmäßig, nicht an einen Anfall gebunden; ferner beherrschten katatone Symptome oft das Krankheitsbild. Halluzinationen fanden sich reichlich, was Verf. darauf zurückführen will, daß die Patientin den gebildeten Kreisen (Kaufmannsehefrau) angehört und jüdischer Abstammung ist.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Erlangen.** Medizinalrat Dr. Würschmidt, Direktor der Kreisirrenanstalt Erlangen ist in den Ruhestand getreten.

— **Obernigk.** San.-Rat Dr. Kleudgen ist nach Breslau übergesiedelt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 29. 14. Oktober **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Bestimmung des Hirngewichtes bei Geisteskranken. Von Eugen Jennicke, Assistenzarzt zu Roda S.-A. (S. 289.) — Über die Agilität. Von Dr. Ernst Jentsch. (Fortsetzung.) (S. 292.) — Mitteilungen (S. 295): Der österreichische psychiatrische Verband. Prozeßsache des Studenten Hermann Hagen gegen den Anstaltsbesitzer San.-Rat. Dr. Weiler. — Referate (S. 295). — Personalnachrichten (S. 296).

Zur Bestimmung des Hirngewichtes bei Geisteskranken.

Mit Literaturzusammenstellung.

Von *Eugen Jennicke*, Assistenzarzt am Herzogl. Genesungshaus zu Roda S.-A.

Für das Hirngewicht des normalen Menschen sind folgende Faktoren maßgebend: Rasse, Geschlecht, Alter, Körpergewicht, Körpergröße. Die Größe der geistigen Befähigung spielt dabei jedoch keine Rolle. Ziehen[1]) nimmt das Hirngewicht des erwachsenen männlichen Europäers zwischen 1280 und 1460, das des Weibes zwischen 1140 und 1340 an, hält es aber nicht für angängig, hieraus nochmals eine Mittelzahl zu ziehen. Vierordt hat dem entgegen diese Mittelzahlen gezogen und 1360 für den Mann, 1240 für das Weib als Durchschnittszahlen gefunden. Boyd[2]), Th. v. Bischoff[2]), Peacock[3]) u. a. haben die Durchschnittszahlen für die einzelnen Lebensdezennien beider Geschlechter berechnet. Von Marchand[4]) stammen umfangreiche Untersuchungen, auch über das Hirngewicht des Kindes. Die Angaben der einzelnen Autoren schwanken naturgemäß recht beträchtlich [Ziehen führt 23 als zuverlässigere an[5]) [6])]. Da eine Beziehung zwischen geistiger Kapazität und Hirngewicht nicht besteht, ist es also unzulässig, aus dem Hirngewicht einen Schluß auf die geistige Entwicklung des Menschen zu ziehen. Die Hirngewichte geistig hochstehender Menschen ergeben einerseits Zahlen, die den Durchschnitt weit überragen, andererseits solche, die bedeutend dahinter zurückbleiben.[7])

Wie das normale Hirn, so ist auch das Geisteskranker der Gegenstand zahlreicher Gewichtsuntersuchungen geworden. Foville[8]) ist wohl der erste gewesen, der darauf hinwies, daß die Hirnatrophie oft als einziges anatomisches Substrat des chronischen Blödsinns anzusehen sei, nach dessen Sitz Esquirol u. a. vergeblich gesucht hatten. Parchappe[9]) und Bucknill[10]) berechneten Durchschnittszahlen für das Hirngewicht bei akuten und chronischen Geisteskranken. Von Meynert[11]) stammen sehr genaue Wägungen an einem Material von etwa 500 Fällen, die zum Vergleich der sekundären Demenz mit der Dementia paralytica führen. H. Bergmann[12]) hat 242 Hirngewichte von männlichen und weiblichen Gemütskranken („Blödsinnige und Verrückte, Paralytische, Epileptische und Imbezille") zusammengestellt. Clapham[13]) berechnete das mittlere Hirngewicht bei akuten und chronischen Psychosen (Manie, Melancholie, epileptischen Geistesstörungen, chronischer Manie und chronischen Psychosen). Gehirnwägungen bei Paralyse sind bekannt gegeben u. a. von A. Cramer[14]), Ludwig Meyer[15]), Simon[15]), E. Mendel[16]), Ilberg[17]), P. Samt[18]), Meynert[19]), Baune[20]). Letzterer hat auch Gewichtsuntersuchungen an 70 Fällen von Epilepsie vorgenommen[21]). Zusammenstellungen von Hirngewichten bei Mikroenzephalie und Mikrozephalie finden sich bei G. Anton[22]) (46 Fälle, Literaturverzeichnis), Angaben über Hypertrophia cerebri bei Rokitansky[23]), Anton[24]), Reichard[25]). Zanke[26]) untersuchte das Verhältnis von Hirngewicht und Schädelinnenraum bei Paralytischen, Epileptischen und Geisteskranken im allgemeinen, Giuffrida Ruggieri[27]) die Beziehung des Hirngewichtes zu Schädelform und Stirnnaht.[28])

Nur ganz kurz sei hier noch auf die außerordentlich zahlreichen Gewichtsuntersuchungen an Idiotengehirnen hingewiesen.[29])

Alle diese zahlreichen Untersuchungen und zum Teil schwierigen und außerordentlich zeitraubenden Berechnungen deuten darauf hin, eine wie große

Fall	Lebensalter	Körpergewicht kg	Normale Durchschnittsgewichte des Hirnes in g nach Boyd	v. Bischoff	Hirngewicht des Falles	Art der Psychose	Anatomischer Hirnbefund[1])
1	36	51	1222	1233	1145	Dem. praecox	—
2	28	43,5	1239	1234	1027	" "	—
3	47	43	1214	1240	1055	" "	—
4	40	49,5	1222	1233	1085	" "	—
5	54	43	1225	1200	1200	" "	—
6	57	53	1345	1375	1135	" "	Hydrocephalus ext. et int. — Alte Pachymeningitis.
7	64	52,5	1315	1323	1203	" "	—
8	80	51,5	1290	1279	1275	Dem. senilis	Hydrocephalus int. Arteriosklerose
9	85	47	1284	1279	1220	" "	Geringe Hirnatrophie
10	60	51	1225	1200	1015	" "	—
11	66	65	1210	1178	960	" "	Hochgradige Hirnatrophie. Arteriosklerose
12	74	39	1170	1121	1010	" "	Stirnhirnatrophie
13	60	54,5	1225	1200	1320	" "	—
14	74	52,5	1170	1121	1085	" "	Arteriosklerose
15	81	48,5	1127	1121	1070	" "	Fünfmarkstückgroßer, tiefgreifender Defekt der r. Kleinhirnhälfte. — Allgem. Hirnatrophie
16	68	54	1210	1178	1085	" "	Starke Ependymitis granularis
17	75	47,5	1170	1121	1085	" "	Hydrocephalus int.
18	80	39	1170	1121	1225	" "	—
19	80	46,5	1290	1279	1400	" "	Geringe Stirnhirnatrophie
20	82	52	1284	1279	1080	" "	Hydrocephalus int.
21	74	67	1290	1279	1245	Dem. arteriosclerotica	Schwere Arteriosklerosis cerebri
22	71	48,5	1290	1279	1205	" "	Ausgebreitete Erweichung des Markes
23	62	61	1315	1323	1360	" "	Arteriosklerose der Basalgefäße
24	68	52,5	1210	1178	1280	" "	Mehrere Rindenherde
25	37	50,5	1366	1365	1310	Dem. epileptica	2 Stirnhirnzysten
26	20	59	1239	1234	1280	" "	—
27	44	88	1222	1233	1105	" "	—
28	27	61	1358	1396	1290	" "	—
29	47	83	1348	1366	1195	Dem. paralytica	—
30	53	—	1225	1200	1145	" "	Mäßige Hirnatrophie
31	40	76,5	1222	1233	990	" "	Hochgradige Hirnatrophie
32	41	58	1348	1366	1400	" "	—
33	46	48	1214	1240	1325	" "	—
34	50	—	1214	1240	1180	" " (?)	Alte und neuere sehr ausgedehnte Blutungen in der ganzen l. Hemisphäre
35	49	62,5	1214	1240	995	" "	Hochgradige Hirnatrophie
36	43	65	1348	1366	1195	" "	—
37	54	59	1345	1375	1370	" "	—
38	37	64	1366	1365	1250	" "	Geringer Hydroc. int.
39	47	70	1348	1366	1453	" "	—
40	46	75	1348	1366	1280	" "	—
41	41	54,5	1348	1366	1390	Tabo-Paralyse	Alte Leptomeningitis
42	37	75	1366	1365	1470	" "	—

[1]) Es ist nur der makroskopische Befund berücksichtigt, hingegen das Resultat der histologischen Untersuchung nicht angeführt.

Fall	Lebensalter	Körpergewicht kg	Normale Durchschnittsgewichte des Hirnes in gr nach Boyd	v. Bischoff	Hirngewicht des Falles	Art der Psychose	Anatomischer Hirnbefund [1])
43	52	72,5	1345	1375	1270	Tabo-Paralyse	—
44	44	73	1348	1366	1385	„ „	—
45	51	61	1348	1366	1442	„ „	—
46	40	53	1348	1366	1505	Tabes mit Melancholie	—
47	75	44	1170	1121	1215	Melancholie	—
48	31	—	1222	1233	1250	„	—
49	56	62	1345	1375	1180	„	—
50	57	61,5	1225	1200	1195	Chron. Manie	—
51	27	53	1239	1234	1355	Manie	—
52	35	—	1222	1233	1205	Amentia acuta	—
53	29	68	1239	1234	1290	„ „	—
54	54	43	1225	1200	1170	Paranoia chronica	—
55	72	—	1290	1279	1515	„ „	Lymphosarkom d. r. Großhirnhälfte
56	32	63.5	1366	1365	1595	„ „	—
57	35	60	1366	1365	1370	„ „	—
58	64	65	1315	1323	1430	„ „	—
59	64	45,5	1210	1178	1025	„ „	—
60	32	30	1222	1233	1110	Idiotie	—
61	67	61	1315	1322	1160	Imbecillitas	Beträchtl. Hydroc. int.
62	52	49,5	1225	1200	1210	„	—
63	58	54	1345	1375	1180	„	—
64	69	75	1210	1178	1110	Alkohol-Halluzinose.	—

[1]) Es ist nur der makroskopische Befund berücksichtigt, hingegen das Resultat der histologischen Untersuchung nicht angeführt.

Bedeutung man dem Hirngewicht und seinen Beziehungen zu anderen Maßen beigelegt hat, doch ist man gegenwärtig von der Bestimmung derartiger Zahlen wohl schon etwas zurückgekommen.

In der beigefügten Tabelle sind die Hirngewichte von 64 in der hiesigen Anstalt verstorbenen Geisteskranken zusammengestellt, die ich anatomisch untersucht habe. Wie von vorneherein anzunehmen war, weicht das Resultat dieser Gewichtsuntersuchungen kaum von den zahlreichen Angaben in der Literatur ab. Sieht man von Gewichtsabnormitäten ab, die durch grobe anatomische Veränderungen im Gehirn bedingt sind, so hat sich im übrigen ein pathologisch verwendbares Resultat nicht erzielen lassen. Wenn man dazu bedenkt, in wie weiten Grenzen zum Teil die Angaben der verschiedenen Autoren schon für die Verhältniszahlen des normalen Gehirnes schwanken, so wird man sich der Ansicht kaum verschließen können, daß derartige Gewichtsbestimmungen an Geisteskranken bislang eine Bedeutung für die Pathologie nicht besitzen können. Es soll dabei jedoch keineswegs verkannt werden, daß Wägungen des Gehirnes und seiner Teile wohl für den einzelnen Fall nötig sind und in eine lückenlose Darstellung der gefundenen Verhältnisse hineingehören. Doch ist es auch hierbei in den weitaus meisten Fällen schwierig, das Gewicht zu verwerten. Man wird nach dem Gesagten das Gehirn eines Geisteskranken, das keinerlei anatomische Veränderungen darbietet, nicht ohne weiteres als minderwertig bezeichnen können, lediglich weil sein Gewicht 100 bis 200 g unter der für das Geschlecht, Alter und die Körpergröße des Patienten angegebenen Durchschnittszahl steht. Derartige Differenzen kommen bei Geistesgesunden auch vor. Bietet also schon der einzelne Fall hinreichend Unsicherheiten und Schwierigkeiten, so muß das Resultat ein noch viel weniger einwandfreies werden, sobald man versucht, die Zahlen zu verallgemeinern und daraus Schlüsse für einzelne Psychosen zu ziehen. Ganz wertlos für die Pathologie muß es jedoch werden

wenn man alle Geistesstörungen zusammenwirft, sowohl funktionelle als auf organischer Läsion und Verbildung des Gehirnes beruhende, und daraus Durchschnittszahlen berechnet.

Die von mir untersuchten Fälle stimmen, wie bereits erwähnt, mit dem Ergebnis früherer Untersuchungen überein. Selbst bei tiefster Verblödung ergaben sich, immer abgesehen natürlich von Fällen mit schwerer Atrophie oder Hirndefekten, Gewichte, die teils über, teils unter den für den normalen Menschen angeführten Durchschnittszahlen standen. Auffällig war mir nur der fast durchweg beträchtliche Gewichtsverlust bei Dementia praecox. Es handelte sich um chronische Kranke jugendlichen und mittleren Alters, deren Gehirn weder makroskopisch noch mikroskopisch irgendwelche Abweichungen vom normalen Befunde ergaben. Aus dem geringen Gewicht dieser Gehirne jedoch einen Schluß auf eine etwaige minderwertige Hirnanlage zu ziehen, wage ich nach dem Gesagten nicht, ganz abgesehen davon, daß die Zahl meiner Beobachtungen viel zu klein ist.

In der Tabelle ist nur das Gesamtgewicht des Gehirnes angeführt. Die Wägung erfolgte direkt nach der Herausnahme, vor dem Abziehen der Pia.

Literatur.

1. Ziehen, Anatomie des Nervensystems, S. 353.
2. Vierordt, Daten und Tabellen, S. 25.
3. Allgemeine Zeitschrift für Psych., Bd. 8, S. 699.
4. Marchand, Hirngewicht des Menschen. Math. phys. Kl. d. k. s. G. d. w., 1902.
5. Ziehen, Anatomie des Nervensystems.
6. Vgl. hierzu: Thurnam, Journ. of mental science. April, 1866. (Eine sehr reichhaltige Zusammenstellung von Hirngewichten.)
7. Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde, VII, S. 594.
8. Annal. med. psych., 1873.
9. Traité theorique et pratique de la folie, 1841.
10. Psych. med. 3e ed., S. 588. — Auch Eulenburgs Real-Encyclopädie, V, S. 187.
11. Jahrb. für Psych., Bd. VI, Heft 1, Allgemeine Paralyse der Irren.
12. Allgem. Zeitschr. für Psych., IX, S. 361.
13. Archiv für Psych., VIII, S. 790. — Auch West. Rid. Lun. Asyl. med. Rep., Vol. VI, 1876.
14. A. Cramer, Dem. paral. — Handbuch der path. Anatomie des Nervensyst. von Flatau, Jacobsohn, Minor, S. 1475.
15. Virchows Arch. u. Arch. f. Psych., I, 583, II, 109.
16. Mendel, Die progr. Paral. d. Irren, Berlin, 1880.
17. Arch. für Psych., XXXI, S. 936.
18. Archiv für Psych., V, S. 215.
19. Vierteljahrsschr. für Psych., 1867.
20. Zeitschr. für Psych., XXIV, S. 197.
21. Ebenda, S. 196.
22. G. Anton, Hydrozephalien. Entwicklungsstörungen des Gehirnes, Handbuch der pathol. Anatomie des Nervensystems von Flatau, Jacobsohn, Minor. 458.
23. C. v. Rokitansky, Patholog. Anatomie, II.
24. Vgl. 22.
25. Zeitschr. für Nervenheilkunde, XXVIII, S. 310.
26. Zanke, Hirngewicht u. Schädelinnenraum, Neurol. Zentralblatt, Heft 19.
27. Giuffrida Ruggieri, Il peso del Encefalo in rapporto con la forma del Cranio e col Metopismo. Riv. di fren., XXIV, 2, S. 400 bis 406.
28. Über weitere Beziehungen des Hirngewichtes siehe Literaturverzeichnis in Schmidts Jahrbüchern, 262, S. 68 (17 bis 27).
29. Literaturangaben: Scholz, klinische und anatomische Untersuchungen über den Kretinismus. Berlin, 1906 (2486 Literaturangaben). — Freud, Die infantile Zerebrallähmung, Wien, 1897 (Literaturverzeichnis, S. 313 f.).

Über die Agilität.

Von Dr. *Ernst Jentsch*.

(Fortsetzung.)

Die Agilität des Individuums wird häufig auch durch gesteigerte Affektivität verstärkt, wenigstens so weit die exaltativen Affekte in Frage kommen. Doch kann sie auch durch depressive Affekte erhöht werden, wiewohl sie hier öfter verringert wird. Eine wichtige Rolle spielen die starken Affekte, die mit den Haupttrieben des Individuums vergesellschaftet sind, also die Gemütserregungen unter der Einwirkung der Todesfurcht, des Nahrungstriebes, des Sexualismus, weiter aber auch andere starke affektive Zustände, Menschenliebe, Freude, Ehrgefühl und noch vieles andere können in gleicher Weise beflügeln. Ganz besonders ist es das Gebiet der individuellen Anlagen, auf welchem der zugehörige „Begeisterungsaffekt“ als mächtiger Sporn für vielerlei Bewegung sich geltend machen kann. Es kann dies in zweierlei Art geschehen, erstens dadurch, daß starke motorische Leistungen produziert werden, um zur Ausübung oder zur Teilnahme an einer bestimmten Tätigkeit zu gelangen. Früher, als es noch keine Eisenbahn gab, galt es als eine Art Maßstab für die Beanlagung oder für das sachliche Interesse, wie weit einer hergekommen war, um etwas Bestimmtes zu erlernen oder zu sehen. Zweitens zeigt sich die Motilität

gern verstärkt in den Formen der Bewegung, die mit der bestimmten Ausübung verknüpft sind, welche das besondere Interesse des Individuums besitzt. Es sei hier nur an die Einübung vieler technischer Handgriffe erinnert. Die von den individuellen Anlagen ausgehende Verstärkung der Motilität zeigt sich namentlich auch dann deutlich, wenn diese aus irgendeinem Grunde in dem betreffenden Falle unter der Norm stand. So wird nicht ganz selten außergewöhnliche Fertigkeit erreicht, trotz ausgesprochen ungünstiger Organisation. Demosthenes ist ein großer Redner geworden, trotzdem er, wie es heißt, eine schlechte Aussprache und schwache Stimme gehabt haben und mit einem Tik behaftet gewesen sein soll.

Eine weitere Gruppe der normalen Agilitätssteigerungen ist diejenige Kategorie, die man die physiologische sensu strictiori nennen kann. Hier beruht das Mehr an Motilität auf den vorhandenen starken eingefahrenen Bahnungen nach dem Körpermuskelsystem.

Hierher gehören alle Bewegungsweisen, die durch lange Zeit eingeübt sind; jede Einübung einer Bewegung erleichtert die Motilität für die fragliche und alle ähnlichen Bewegungen und hält für eine bestimmte Spanne Zeit vor. Manche gut eingeübte Bewegungen erhalten sich so konstant, daß sie das ganze Leben hindurch nie wieder vollständig verloren gehen. Zu dieser Klasse gehören namentlich auch viele professionelle Fertigkeiten, die in der Jugend mechanisch erlernt wurden. Von besonderem Interesse sind hier alle jene motorischen Einübungen, bei denen eine gewisse Tendenz zutage tritt, diese speziell zu hervorragenden ungewöhnlichen Leistungen zu stempeln, und zwar nicht als Mittel zum Zweck, sondern als Selbstzweck. Diese Art Leistungen betrifft besonders die berufsmäßigen Gymnastiker. Wenngleich namentlich auch von den Angehörigen mancher Berufsarten überhaupt gelegentlich außergewöhnliche gymnastische Leistungen erfordert und ausgeführt werden, so repräsentiert der Berufsgymnastiker dennoch gewissermaßen den Gipfel der Agilität in des Wortes eigentlicher Bedeutung. Denn da hier nicht nur der relativen Körperkraft und Gewandtheit eine große Bedeutung zukommt, sondern auch dem leichten Körpergewicht, so muß beim Akrobaten ein Optimum erreicht werden, bei dem sich möglichst geringer Muskelquerschnitt mit größter Kraftentfaltung vereinigt, und es muß bei den hoch komplizierten Bewegungen auch die Abmessung der Kraftverteilung besonders sorgfältig sein. Unterstützt wird diese Leistungsfähigkeit durch eine gewisse organisch begründete Fähigkeit, die in der Norm nicht vorhanden ist oder sich wenigstens nicht erhält, durch die große Elastizität der Bänder und Gelenkkapseln und damit durch das Wegfallen der starren Bewegungshemmungen. Auch zeigt sich die gymnastische Agilität nicht ausschließlich in der Motilität, sondern auch im Gegenteil in der Möglichkeit die Muskulatur vollständig von ihrem physiologischen Tonus zu entspannen. Letzteres ist z. B. gut zu beobachten, wenn ein Clown eine Gliederpuppe darstellt, da von der Fähigkeit, die Schwere im kleinsten entsprechend isoliert einwirken zu lassen, das Gelingen der ganzen Illusion abhängt. Der normale Tonus der Muskulatur kann ebenfalls durch Übung willkürlich herabgesetzt werden. Es kann dies im Einzelfalle für bestimmte Arten Bewegung zweckmäßig sein.

Auch die physiologische Motilität ist einer weiteren Steigerung fähig durch eben die Faktoren, die auch sonst einen allgemeinen Zuwachs bewerkstelligen können. Interessant ist in dieser Beziehung die Geschichte des dreifachen Saltomortale, welcher keine reguläre Produktion darstellt und nur in einer kleinen Reihe von Fällen von ausgezeichneten Artisten versucht wurde, meist dann, wenn sie sich zu dem gefährlichen Sprunge durch einen ungewöhnlichen Applaus animiert fühlten.

Die Kürze oder Länge der Extremitäten oder ihrer Abschnitte kann die Agilität in bestimmtem Sinn verstärken. Es gibt Verrichtungen, zu denen kleine und solche, zu denen hochgewachsene Staturen ceteris paribus geschickter sind, meist jedoch wird höhere Statur und größere Länge der Extremitätenknochen etwas günstiger sein, die extremen Maße vielleicht ausgenommen.

Die große Nachgiebigkeit der fibrösen Apparate besonders bei Bewegungen der Extremitäten und der Wirbelsäule muß streng genommen bereits den abnormen Ursachen der Agilität zugerechnet werden. Abnorme Elastizität der einzelnen Bandapparate kann sich vorfinden, auch ohne daß dieser von früher Jugend absichtlich dehnbarer erhalten wurde. Abnorme, aber nicht krankhafte Leistungsfähigkeit, die die Agilität steigert, kann ferner bestehen bei einigen gelegentlich vorkommenden spontanen Dislokationen, namentlich bei mageren Individuen, so etwa in der Form der angeborenen Luxation der Grundphalange des Daumens. Abnorme Bewegungsmöglichkeit aus rein pathologischen Ursachen, wie sie z. B. bei der Pseudarthrose besteht, könnte natürlich nicht mehr zur „Agilität“ gestellt werden. Ebensowenig gehören hierher die Zustände erhöhter Motilität, die neuro- und psychopathologischen Krankheitsbildern ange-

hören, wie die Krampfformen, die gesteigerten oder besonderen motorischen Äußerungen oder Bewegungsantriebe, wie sie bei den hysterischen, epileptischen, manischen usw. Erregungen zur Beobachtung kommen, die toxischen Wirkungen der narkotischen Mittel, die Motilitätsstörungen auf Grund organisch-nervöser Läsionen oder Eingriffe, die motorischen Haltungsabnormitäten, die durch Wegfall der normalen Hemmungen zustande kommen, wie die kataleptischen und andere hypnotisch hervorrufbare Erscheinungen. Dagegen müßte man noch zur Agilität zählen die gesteigerte Bewegungsfähigkeit, die sich durch Verabreichung chemischer Mittel erzielen läßt, welche das eigentliche Bewußtsein nicht verändern, sondern nur eine leichte psychische Anästhesie setzen, wie z. B. die Motilitätserhöhung durch die Kola. Eine ins Pathologische hinüberreichende Reihe bildet auch die „konvulsive" Agilität, die sich leicht bei Affekten einstellt, deren Begleiterscheinungen auffällig wenig Sinn haben. Hieran schließen sich andere Zustände, die sich auf dem Grenzgebiete zwischen dem normalen und pathologischen halten, und einige von diesen sind auch dem Beobachter zuerst ins Auge gefallen. So ist das Grimassieren beim Kinde z. B. nichts Abnormes, wohl aber kann es das groteske Mienenspiel beim Erwachsenen sein, ebenso die Neigung zu raschen, unvermittelten, in der Form auffälligen motorischen Äußerungen bei äußeren Einwirkungen, wenngleich manche sprachlichen Wendungen und Redensarten, wenigstens des Slang, noch das öftere Auftauchen des Antriebes zu mehr oder weniger absurden Bewegungen in der Vorstellung auch bei der Norm verraten können (z. B. etwas sei „zum Kopfstehen" u. dergl.). Sehr lebhafte Ausdrucksbewegungen gehen allmählich in das Gebiet der Gestikulation oder Mimik über. Die manchen Individuen eigene Erhöhung der Motilität, die an die der Quadrumanen erinnert, ist vielleicht eine idiopathische Erregungssteigerung, vielleicht gleichzeitig der Ausdruck eines tiefer liegenden allgemeinen Infantilismus. Dieser Klasse ähnlich sind übrigens auch manche Tiks, die zwar als pathologisch in der Entstehung anzusehen, aber ebenfalls mit einer infantilen Disposition in Verbindung gebracht worden sind. Außer dem Lebensalter muß in der Bewertung dieser Gruppe aber auch namentlich wieder die Rasse berücksichtigt werden. Auffällige solche Bewegungsbesonderheiten finden sich indes wahrscheinlich bei Psychopathen öfter. Gelegentlich kommt es auch vor, daß an sich normale Bewegungen von diesen in eigentümlicher konvulsiver Weise vollzogen werden und in den Konsequenzen auffällig sein können. So sollen beim Schneuzen Rippeninfraktionen eintreten können und vielleicht gehören gewisse Traumen, über die namentlich von den Spezialisten leicht vulnerabler Organsysteme manchmal berichtet wird, ebenfalls dieser Gruppe an, z. B. Trommelfellrisse beim Niesen und dergleichen mehr.

Überblickt man die vorstehende Reihe der Ursachen der gedachten hyperkinetischen Zustände, so fallen namentlich drei Gruppen derselben auf, die eine bestimmte, geschlossene Eigenart zu repräsentieren scheinen, erstens die physiologische Agilität (unter Einschluß der abnormen Elastizität des Bandapparats), zweitens die psychopathische Agilität und drittens die habituelle affektive Agilität auf Grund einer besonderen psychischen Anlage. In der ersten Gruppe ist die Agilität Selbstzweck, bei der zweiten anscheinend Begleiterscheinung oder Ausdruck eines anomalen Gesamtzustandes, bei der dritten ist sie Mittel zum Zweck. In der ersten Form erscheint sie häufig verbunden mit einer hohen Verfeinerung der allgemeinen statischen Empfindungen, des Sinnes für die Lage und das Gleichgewicht des Körpers. Dies ist bei den anderen Gruppen nicht ausgeschlossen, kommt aber diesen durchaus nicht an sich in der gleichen charakteristischen Weise zu. Die dritte Form ist besonders dadurch ausgezeichnet, daß sie selbst große bestehende Defekte, die sich gewissen in der Anlage des Individuums sich bewegenden Betätigungen entgegenstellen, auszugleichen imstande ist, wofür das oben angeführte überlieferte Beispiel des Demosthenes als guter Beleg dienen könnte. Eine dieser etwas analoge Erscheinung ist es übrigens, daß manche stark Beanlagte ganze Hilfswissenszweige und Techniken, die schon bestanden, aber ihnen nicht bekannt oder nicht zugänglich waren, nachgeschaffen oder zu ergänzen versucht haben.

Die Betrachtung der Ursachen der Agilität scheint in diesen Fällen einer Erweiterung zu bedürfen. Schaut man auf die hervorragenden Anlagen, so frägt sich, woher der Affekt kommt, der eine so gewaltige Bahnung bewirken kann, daß alle Ermüdungserscheinungen und alle sonstigen psychischen und organischen Widerstände des Individuums überwunden wurden. Nun ist bekannt, daß von manchen Autoren angenommen wird, die außergewöhnlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten seien der Ausdruck einer bestimmten organisch-nervösen Anlage, dergestalt, daß bestimmte Gehirnabschnitte, von denen bestimmte funktionelle Leistungen ihren Ausgang nehmen, stärker entwickelt sind. Freilich wäre, selbst wenn dies lückenlos erwiesen wäre, immer noch ein großer Schritt zur erschöpfenden Erklärung der betreffenden

Verhältnisse, aber einige gesicherte, für diese Betrachtungsweise ins Gewicht fallende Tatsachen liegen immerhin vor. Besonders gilt dies, wenn man von den noch sehr hypothetischen musikalischen Zentren absehen will, für das Sprachzentrum. Abnorme starke Entwicklung der Brocaschen Windung ist bei hervorragenden Rednern wiederholt zur Beobachtung gekommen (bei Gambetta, bei Stockhausen, bei Wulfert). Ob bei Demosthenes etwa ähnliches vorgelegen hat, wissen wir nicht, es wäre aber gewiß nicht widersinnig anzunehmen, daß es möglich gewesen sei.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Der österreichische psychiatrische Verband.** Der für den 5., 6. und 7. Oktober d. Js. zur Konstituierung des österreichischen psychiatrischen Verbandes anberaumte Irrenärztetag in Linz hat unter allgemeiner Teilnahme programmäßig stattgefunden und bei allen Teilnehmern wegen seines Verlaufes und der Sachlichkeit seiner Verhandlungen große Befriedigung erzeugt und den besten Eindruck hinterlassen. Über denselben wird in dieser Wochenschrift, die zugleich zum Verbandsorgan erklärt wurde, ausführlich berichtet werden.

In den Vorstand des psychiatrischen Verbandes wurden gewählt: K. k. Regierungsrat Dr. Josef Starlinger in Mauer-Oehling zum Obmann, K. k. Regierungsrat Dr. Josef Schweighofer in Maxglan-Salzburg zum Obmannstellvertreter und Schriftführer, Direktor Dr. Pfausler in Valduna zum Kassaführer. Außerdem zu Ausschüssen: Direktor Dr. Ernst Böck, Troppau, Primararzt Dr. Canestriny, Triest, Primararzt Dr. Rucicka, Bohnice-Prag, Ordinarius Dr. Eisath, Hall, Primararzt Dr. Kobinansky, Cernowitz.

— In der **Prozeßsache des Studenten Hermann Hagen gegen den Anstaltsbesitzer San.-Rat Dr. Weiler**, in der es sich darum handelte, daß der Anstaltsbesitzer den Besuch des Prozeßbevollmächtigten Hagens, des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried, duldet, hat das Gericht das erste auf Verurteilung des Beklagten lautende Urteil aufgehoben und die Kosten des Rechtsstreits dem Studenten Hagen auferlegt. Der Vorsitzende führt in der Urteilbegründung aus, daß angesichts der von der Gegenpartei beigebrachten ärztlichen Gutachten der Kläger Hagen den Gegenbeweis zu führen habe. Das vom Kläger beigebrachte Material sei aber nicht ausreichend, seine Geschäftsfähigkeit glaubhaft zu machen. Die Prozeßfähigkeit seines Vertreters Dr. Ehrenfried wurde bejaht. Ferner wurde der Rechtsweg für den fraglichen Anspruch für zulässig erklärt. Der Antrag, die Kosten des Rechtsstreits dem Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried aufzuerlegen, wurde zurückgewiesen, da weder ein Verschulden, geschweige denn ein grobes Verschulden des Rechtsanwalts Dr. Ehrenfried vorliege, da letzterer ein Recht verfolgt, von dessen Bestehen er überzeugt sei. Der Vorsitzende wies schließlich noch darauf hin, daß die für die Rechtsverfolgung des Studenten Hagen entstehenden Schwierigkeiten durch baldige Bestellung eines vorläufigen Vormundes beseitigt werden könne.

Letzteres ist inzwischen geschehen. Hagen ist durch Beschluß des Amtsgerichts Schöneberg vom 6. Oktober unter Vormundschaft gestellt worden, und zwar auf Grund der eingehenden Gutachten des Medizinalrats Dr. Leppmann und des Oberarztes Dr. Schilling von der Maison de Santé, sowie auf Grund der persönlichen Eindrücke, die der vernehmende Richter in einer zweistündigen Unterredung von dem Kranken gewonnen hat.

(Vossische Zeitung.)

(Eine ausführliche Darstellung des Falles H. ist von authentischer Seite für diese Zeitschrift in Aussicht gestellt.)

Referate.

— Dolle, Marie, Das magnetische Gesetz, die Offenbarung des Lebens in jeder Form. Kommissionsverlag von Otto Wiegand, Leipzig, 1911. 45 S.

Theoretisch gehaltene, stellenweise vom wissenschaftlichen Standpunkt recht angreifbare Betrachtungen.

— Berchoren-Zechin, Dr. Richard, Das Problem der Willensfreiheit in theoretischer und praktischer Beziehung. Hannover, 1910, Hahnsche Buchhandlung. 36 S.

Verf. glaubt auf Grund theoretischer, im Rahmen eines kurzen Referates nicht wiederzugebender Ausführungen, daß die volle Anerkennung der Willensbedingtheit dem kommenden sozialen Zeitalter das Gepräge geben wird.

— Ziegelroth, Dr. med., Die Arterienverkalkung (Arteriosklerose). 3. Aufl. 1,50 M. Verlag von Max Richter, Frankfurt a. O. 112 S.

Populäre Darstellung, die sich im wesentlichen in den landläufigen Anschauungen bewegt und unter Ablehnung jeglicher Jodtherapie die Hauptheilfaktoren, wie sie im Sanatorium des Verf. geübt werden, in fleischloser Kost und Gymnastik sieht.

— Diskussionen des Wiener psychoanalytischen Vereins. I. Heft: Über den Selbstmord, insbesondere den Schülerselbstmord. Wiesbaden, Verlag von Bergmann, 1910, 60 S.

Erörterungen von Schulmännern und Psychoanalytikern, unter ihnen Freud, Reitler, Sadger, Stekel, Adler. Man stimmte darin überein, daß man noch nicht zu einem abschließenden Urteil gelangen könne und volle Aufklärungen über den Schülerselbstmord nur von der Psychoanalyse erwarten könne.

— Baginski, Prof. Dr. A., Die Kinderaussage vor Gericht. Vortrag. Berlin, 1910, Guttentag, Verlagsbuchhandlung. 41 S.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Kind ist vermöge seiner physischen und psychischen Beschaffenheit schon unter normalen Verhältnissen ein mangelhafter, unsicherer und unzuverlässiger Zeuge

2. Es kann mit schwierig zu ermittelnden, pathologischen Zuständen (Schwachsinn) behaftet sein, welche es zur Zeugenaussage ungeeignet machen.

Deshalb:

3. Kinder sind als Zeugen möglichst fernzuhalten.

4. Es darf keine Verurteilung allein auf Zeugenaussagen von Kindern hin erfolgen.

5. Kinder sind bezüglich ihrer Zeugenfähigkeit ärztlich zu begutachten.

— Graf, Dr. Max, Richard Wagner im „Fliegenden Holländer". Ein Beitrag zur Psychologie künstlerischen Schaffens. Leipzig u. Wien, Franz Deutike, 1911. 46 S.

Verf., der im Kreise Freuds viel verkehrt hat, erblickt das Zentralmotiv des gesamten dramatischen Schaffen Wagners, das sich in immer neuen Gestaltungen in allen Werken und auch im Fliegenden Holländer wiederfindet, in einer Knabenphantasie Wagners, worin das Verhältnis zu seinem Vater und seiner Mutter zum Gegenstand unbewußter erotischer Träumereien geworden ist. Es kehren auch hier die aus den Freudschen Lehren bekannten Inzestphantasien (Ödipuskomplex) auf Wagner angewandt wieder. Wagner kommt zu diesen Phantasiewünschen seiner Kindheit, die ihm sein Kunstschaffen erfüllte, zurück durch äußeren und inneren Zusammenbruch (Notlage, mangelnde Harmonie in seiner ersten Ehe).

— Bauer-Breslau, Dr. phil. Paul, Haben die Kampfesmethoden der Abstinenten einen einwandsfreien wissenschaftlichen und kulturellen Wert? Beiträge zur Alkoholfrage. 2. Aufl. Berlin, Verlag von Paul Parey, 1911. 104 S.

Polemische, gegen die Alkoholabstinenz gerichtete Schrift der Deutschen Brauer-Union, die vielfach nach der Seite des berechtigten Alkoholgenusses (z. B. bei Kindern) über das erlaubte Ziel hinausschießt und gesicherte Ergebnisse der Wissenschaft nicht genügend ernst nimmt. Im übrigen als Abwehr der Auswüchse der Totalabstinenz nicht ganz unberechtigt. Albrecht-Treptow.

— Joachim, San.-Rat und Korn, Justizrat, Deutsches Ärzterecht mit Einschluß der landesgesetzlichen Bestimmungen. II. Band. Berlin, Vahlen, 1911.

Von dem vorzüglichen Nachschlagewerk, das wir unlängst hier anzeigten, liegt jetzt der Schlußband mit ausführlichem Sachregister vor. Er bringt die ärztliche Standesorganisation und als wichtige Ergänzung dieses Abschnitts die Ergebnisse der Rechtsprechung des preußischen Ehrengerichtshofs nach Materien geordnet. Aus dem Abschnitt über die besonderen Arten des ärztlichen Berufs sind die Bestimmungen über das Irrenwesen zu erwähnen. — Die neue Reichsversicherungsordnung wird in ihren grundlegenden Bestimmungen vorgeführt, die Rechte und Pflichten des Arztes gegenüber den Krankenkassen werden besonders erläutert. Auf die wichtige Besprechung der Übergangsvorschriften, der Vertragsverhältnisse (S. 842 bis 844) sei hingewiesen. Es ist nicht zu bezweifeln, daß das nunmehr abgeschlossene Werk bald weiten Ärztekreisen ein beliebter, unentbehrlicher Berater sein wird. Mn.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Saargemünd.** Der Direktor der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Saargemünd, Geh. San.-Rat Dr. Dittmar, ist von seiner Stellung, die er seit dem 1. April 1886 bekleidet hat, zurückgetreten, um sich in den Ruhestand zurückzuziehen. — Zu seinem Nachfolger wurde der bisherige Oberarzt Dr. Dingel ernannt. — An dessen Stelle trat Dr. Wichert, bisher Direktor der Bezirks-Pflegeanstalt Loerchingen, der bereits früher an der Saargemünder Anstalt tätig gewesen war.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 21. Oktober **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. G. Werner in Bedburg bei Cleve. (S. 297.) — Über die Agilität. Von Dr. Ernst Jentsch. (Schluß). (S. 303.) — Referate (S. 305).

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

Vorwort.

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, die Deitersschen Fortschritte des Irrenwesens weiterzuführen. Der letzte Jahresbericht von Deiters erschien 1905. Da jedoch in dem Buche von Bresler: „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild“ *) eine Zusammenfassung, wenigstens in den hauptsächlichsten Angelegenheiten gegeben ist, bin ich im allgemeinen nicht über die Jahresberichte von 1908 zurückgegangen. Leider ließ sich eine absolute Vollständigkeit nicht erzielen, da die betreffenden Berichte nicht zu erhalten waren.

Meine Versetzung von Andernach nach Bedburg bei Cleve verhinderte mich leider, die nach dem 15. September in Andernach eingehenden Berichte zu berücksichtigen, und ich sah mich zu meinem Bedauern genötigt, manches nur anzudeuten, was ausführlicher hätte behandelt werden sollen. So habe ich z. B. nur ganz kurz auf den 459 Seiten langen Bericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten eingehen können, der eine Fülle von interessanten Details, besonders über die Neueinrichtung der Wiener Anstalt „am Steinhof“ bringt.

Sollte trotzdem die vorliegende Arbeit die Veranlassung sein, die neuen Berichte recht zahlreich nach der neuen Anstalt Bedburg zu senden, so wäre Verfasser für seine Mühe und Arbeit reichlich belohnt und angespornt, weitere Berichte folgen zu lassen.

*) Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Verzeichnis der vorliegenden Berichte.

Deutschland.

Preußen.

Provinz Ostpreußen.

1. Bericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau für das Jahr 1908.
2. Derselbe für das Jahr 1909.

Provinz Westpreußen.

3. Bericht über die Verwaltung der westpreußischen Prov.-Irrenanstalt zu Conradstein 1908.
4. Derselbe 1909.
5. Derselbe für Neustadt 1908.
6. Derselbe für Neustadt 1909.
7. Derselbe für Schwetz 1908.
8. Derselbe für Schwetz 1909.

Provinz Pommern.

9. Siebenter Bericht über die Pommersche Prov.-Irrenanstalt Lauenburg, zusammenfassend die ersten fünfzehn Betriebsjahre 1889 bis 1904 nebst einer Beschreibung der Anstalt.
10. Siebenundvierzigster Jahresbericht über die Kückenmühler Anstalten in Stettin vom 1. April 1909 bis 31. März 1910. Herausgegeben von dem Kuratorium.

Provinz Posen.

11. Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Dziekanka 1. April 1908 bis 31. März 1909.
12. Derselbe für Kosten vom 1. April 1907 bis 31. März 1908.
13. Derselbe für Kosten vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
14. Derselbe für Kosten vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
15. Derselbe für Obrawalde 1. April 1909 bis 31. März 1910.
16. Derselbe für Owinsk 1. April 1908 bis 31. März 1909.

17. Derselbe für Owinsk 1. April 1909 bis 31. März 1910.

Provinz Schlesien.

18. Bericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben Mitte November 1905 bis 31. März 1910.
19. Derselbe vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.
20. Derselbe für Leubus, aus dem Jahresbericht 1910/11.
21. Derselbe für Rybnik über das Verwaltungsjahr 1908.

Provinz Brandenburg.

22. Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin für das Etatsjahr 1909. Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege.
23. Derselbe für 1909.
24. Verwaltungsbericht der brandenburg. Prov.-Anstalt für Epileptische und der Idiotenbildungsanstalt „Wilhelmstift" zu Potsdam für 1908 mit einem Rückblick auf die vorangegangenen vier Jahre.
25. Bericht der Erziehungsanstalt „Bethlehemstiftung" zu Nowawes für die Zeit seit Begründung der Anstalt.
26. Auszug aus dem Verwaltungsbericht des brandenburg. Provinzialausschusses vom 29. Januar 1909 (Beilage D 5, Bericht über die psychiatrische Untersuchung der Häftlinge).
27. Derselbe vom 3. Februar 1910.
28. Derselbe vom 17. Februar 1911.
29. Verwaltungsbericht der brandenburg. Landesirrenanstalt zu Eberswalde für 1909 nebst einem Rückblick auf die vorangegangenen vier Jahre.
30. Derselbe für Landsberg a. W. für 1910, mit einem Rückblick auf die vorangegangenen drei Jahre.
31. Zwölfter Bericht des Vereins Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow" in Zehlendorf bei Berlin für das Jahr 1910.
32. Bericht über die Heilstätte „Waldfrieden" (Spezialanstalt für Alkoholkranke), in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens, vom 13. Juli 1901 bis 13. Juli 1910. Herausgegeben vom Verwaltungsausschuß, erstattet von Dr. Waldschmidt.

Provinz Schleswig-Holstein.

33. Bericht über die Prov.-Irrenanstalt bei Neustadt vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
34. Derselbe für Neustadt vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
35. Derselbe für Schleswig vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
36. Derselbe für Schleswig vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
37. Bericht über die Prov.-Idiotenanstalt zu Schleswig vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
38. Derselbe vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.

Provinz Hannover.

39. Bericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
40. Derselbe für Hildesheim vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
41. Derselbe für Hildesheim vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.
42. Derselbe für Göttingen für 1908.
43. Derselbe für Göttingen für 1909.
44. Jahresbericht über das Prov.-Verwahrungshaus zu Göttingen für die Zeit vom 1. Juli 1909 bis 31. März 1910.
45. Jahresbericht der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
46. Derselbe für Langenhagen vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
47. Jahresbericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg vom 1. April 1900 bis 31. März 1909.
48. Derselbe für Lüneburg vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
49. Derselbe für Lüneburg vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.
50. Derselbe für Osnabrück vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
51. Derselbe für Osnabrück vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
52. Derselbe für Osnabrück vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.

Provinz Sachsen.

53. 30. bis 33. Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz für die Jahre 1904/05, 1905/06, 1906/07, 1907/08.
54. 36. Jahresbericht für 1908 über das Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen „zum guten Hirten" zu Hasserode bei Wernigerode.

Provinz Westfalen.

55. Berichte der Direktoren der Provinzialheilanstalten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Warstein, Eikelborn für das Geschäftsjahr 1908.

Rheinprovinz.

56. Bericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz. Rechnungsjahr vom 1. April 1907 bis 31. März 1908.
57. Derselbe für 1. April 1908 bis 31. März 1909.
58. Derselbe für 1. April 1909 bis 31. März 1910.
59. Bericht über die Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf in den letzten 25 Jahren (1884 bis 1909) erstattet von San.-Rat Dr. Neuhaus, Chefarzt der Anstalt.
60. Der Tannenhof bei Lüttringhausen, Evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke, Bericht über das 12. Arbeitsjahr 1907/08.
61. Derselbe über das 13. Arbeitsjahr 1908/09.
62. Derselbe über das 14. Arbeitsjahr 1909/10.
63. Derselbe über das 15. Arbeitsjahr 1910/11.
64. 51. (Jubiläums-) Bericht über die evangelische Idioten-Erziehungs- und Pflegeanstalt „Hephata" zu M.-Gladbach 1909.
65. Ärztlicher Jahresbericht über das Fürst Carl-Landesspital zu Sigmaringen für 1907/08.
66. Derselbe für 1908/09.
67. Derselbe für 1909/10.

68. Derselbe für 1910/11.
69. Bericht über die Dr. von Ehrenwallsche Kuranstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Ahrweiler 1910.
70. Zehnter Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz 1910.

Provinz Hessen-Nassau.

71. Bericht der Landes-Heil- und Pfleganstalt Eichberg im Rheingau vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
72. Derselbe für Weilmünster vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
73. Derselbe für Weilmünster vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
74. Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. 1. April 1908 bis 31. März 1910 von Prof. Dr. Sioli.

Bayern.

75. Jahresbericht der Oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth 1908.
76. Derselbe 1909.
77. Jahresbericht der oberb. Heil- und Pflegeanstalt Gabersee 1908.
78. Derselbe für 1909.
79. Die Heil- und Pflegeanstalt Gabersee in ihrer Entstehung und deren Geschichte in den ersten 25 Jahren von Direktor Dr. Dees, 1909.
80. Jahresbericht der oberb. Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München für 1908.
81. Derselbe für 1909.
82. Derselbe für 1910.
83. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren 1908.
84. Derselbe für 1909.
85. Jahresbericht für die oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg für 1908.
86. Derselbe für 1909.

Württemberg.

87. Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für 1906.
88. Derselbe für 1908.
89. Derselbe für 1909.

Sachsen.

90. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1907.
91. Dasselbe für 1908. Verwaltungsbericht des Direktors der Heilanstalt Dösen 1908.
92. Derselbe für 1909.
93. Bericht über Dr. Piersons Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke Lindenhof in Coswig bei Dresden.

Baden.

94. Jahresbericht der Großherzogl. Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen 1908.
95. Jahresbericht der Großherzogl. Badischen Psychiatrischen Klinik Freiburg i. B. 1908.
96. Jahresbericht der psychiatrischen Klinik der Univ. Heidelberg 1908.
97. Jahresbericht der Großherzogl. Badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau 1908.
98. Derselbe für Pforzheim 1908.
99. Derselbe für Wiesloch 1908.

Mecklenburg.

100. Verwaltungsbericht der Großherzogl. Mecklenburgischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Gelsheim 1908.
101. Derselbe für 1909.
102. Jahresbericht der Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder Kinderheim Lewenberg zu Schwerin 1. Oktober 1908 bis 30. November 1909.
103. Derselbe vom 1. Oktober 1909 bis 30. November 1910.
104. Verwaltungsbericht der Großherzogl. Mecklenburgischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg für 1908.
105. Derselbe für 1909.
106. Derselbe für 1910.
107. Neunter Jahresbericht der Landesirrenanstalt bei Strelitz (Alt) über die Jahre 1908 und 1909.

Oldenburg.

108. Jahresbericht der Großherzogl. Oldenburgischen Heil- und Pflegeanstalt Wehnen 1909.
109. Derselbe für 1910.

Thüringische Staaten.

110. Siebente statistische Nachricht über das Herzoglich Sächsische Martinshaus zu Roda 1910.
111. Zweiundfünfzigste statistische Nachricht über das Genesungshaus zu Roda 1910.

Elsaß-Lothringen.

112. Verwaltungsbericht über die Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Saargemünd 1907.
113. Derselbe 1909. Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt vom 1. April 1907 bis 31. März 1908.
114. Derselbe vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.

Hansa-Städte.

115. Jahresbericht des Krankenhauskollegiums Hamburg 1907.
116. Derselbe für 1908.
117. Derselbe für 1909.
118. Derselbe für 1910.
119. Bericht der Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg 1909.
120. Derselbe für 1910.
121. Ärztlicher Bericht über die Wirksamkeit des St. Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenkranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen 1908.
122. Derselbe für 1909.
123. Derselbe für 1910.
124. Jahresbericht über die Verwaltung der Irrenanstalt zu Lübeck 1908, sowie ärztlicher Bericht für die Zeit vom 1. April 1904 bis 31. März 1909.

Österreich-Ungarn.

125. Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Nieder-Österreich für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht 1907/08.

126. Bericht über die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt 1909.
127. Jahresbericht der mährischen Landes-Irrenanstalt Brünn 1906.
128. Jahresbericht der mährischen Kaiser Franz Josef I. Landes-Heilanstalt in Kremsier 1906 bis 1908.
129. Derselbe für 1909.
130. Derselbe für 1910.
131. Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof zu Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg 1908, zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg.
132. Derselbe 1909.
133. Landes-Heilanstalt für Geistes- und Gemütskranke in Salzburg 1898 bis 1908.
134. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1909.

Schweiz.

135. Jahresbericht der Kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden Aargau 1908.
136. Derselbe 1909.
137. Bericht über die Kantonale Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt 1909.
138. Derselbe für 1910.
139. XXI. Jahresbericht der Trinker-Heilstätte zu Ellikon a. d. Thur 1909.
140. XXII. Bericht für 1910.
141. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg für 1908.
Derselbe für 1909.
142. Rapport annuel. Asyle de Cery 1908.
143. Derselbe 1909.
144. Derselbe 1910.
145 Jahresberichte der Bernischen Kantonalen Irren-Anstalten Waldau, Münsingen und Bellelay 1909.
146. 18. Jahresbericht des Kantonalen Asyls in Wil 1909.
147. 19. Bericht für 1910.
148. Maison de Santé Préfargier, exercise 1909.
149. Desgl. 1910.
150. Achtzehnter Bericht der Direktion der Kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus 1909.
151. Derselbe für 1910.
152. Zweiundfünfzigster Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg 1909.
153. Dreiundfünfzigster Bericht für 1910.
154. Rechenschaftsbericht über die zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli 1909.
155. Bericht über die Verwaltung der Kantonalen Irrenanstalt St. Urban für 1908 und 1909.

Historisches.

Nur die älteren Irrenärzte werden es wissen, welche Fortschritte im Irrenwesen eigentlich schon gemacht sind, und beurteilen können, wie schnell der Prozeß der Modernisierung fortschreitet; den jüngeren werden immer mehr die Aufgaben vor Augen liegen, welche noch zu bewältigen sind, um die Irrenanstalten zu dem werden zu lassen, was sie eigentlich sein sollen, nämlich modern eingerichtete Krankenhäuser. Da ist es denn interessant, rückblickend, nach dem Bericht einzelner Anstalten, sich frühere Zustände zu vergegenwärtigen. — So lesen wir in dem Bericht der niederösterreichischen Landesirrenanstalten, daß noch bis in die Mitte des XVIII. Jahrhunderts die Kranken „in einem Gefängnis am Salzgries untergebracht waren, wo sie notdürftig bekleidet und gleich Tieren, an Ketten gelegt, gefüttert wurden. Die Menge befriedigte an den tobenden Irren ihre Schaulust, indem sie an Sonn- und Feiertagen zum Fischertor am Salzgries hinauszog, wo hinter Gittern die Tollen Narren zu sehen waren!" Kaiser Josef II. ließ ein Spital nur für Geisteskranke bauen, den kreisförmigen Irrenturm, der noch heute als Sehenswürdigkeit besteht, aber binnen kurzem abgerissen werden wird. 1803 wurde das sogen. Lazarett für ruhige Geisteskranke errichtet, sowie das Groß-Armenhaus zu Ybbs für ruhige unheilbare Irre eingerichtet. Die Mittel stammten zum Teil noch aus frommen Spenden zur Zeit der Kreuzzüge, zum Teil hatte das Bürgerspital einen „regelmäßigen Beitrag" zu leisten, schließlich kamen die Haupteinnahmen durch die vermögenderen Kranken und aus den Ersätzen, welche Dienstgeber, die Zünfte etc. zu leisten hatten. Im Jahre 1811 wurde ein besonderer „Irrenfonds" gegründet. Zunehmender Raummangel und die Erkenntnis, daß Irre schließlich auch als Kranke zu behandeln seien, führte zur Errichtung einer Irrenanstalt im Jahre 1853 für 50000 Gulden, was für die damalige Zeit eine kolossale Umwälzung bedeutete. Daneben blieben die älteren Anstalten bestehen; die unheilbar Harmlosen fielen in Wien der Armenversorgung anheim oder wurden auf dem platten Lande unter den denkbar mißlichsten Verhältnissen, z. T. in der sogenannten „Einlage", das ist im Wege der Verpflegung von Haus zu Haus, versorgt.

Durch Gesetz vom 17. Februar 1864 ging die Verwaltung des Irrenfonds an die Landesvertretung über, in diesem Falle an den Landesausschuß des Erzherzogtums Österreich unter der Enns. Zahlreiche Um- und Neubauten waren die Folge, die zum Teil als Provisorium geplant, später zu einem Definitivum wurden. So wurde 1885 die Privat-Irrenanstalt Roter Hof erworben und umgebaut, 1895 fielen die letzten alten Gebäude und wurde an deren Stelle die Zentral-Irrenanstalt Kierling-Gugging errichtet, womit die programmäßige Bautätigkeit vorläufig ihren Abschluß fand. Die gänzlich unzureichende Versorgung der Landarmen führte nun zur Errichtung von Landes-Siechenanstalten für Kranke

mit ekelerregenden Gebrechen und unheilbar harmlose Geisteskranke. Es wurde daher die Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg auf 700 Betten durch Anbauten gebracht. Der erst schüchtern gemachte Versuch in Kierling-Gugging mit landwirtschaftlicher Beschäftigung gelang glänzend und führte zur Anlage der Irrenkolonie Haschhof, die schon nach den neuesten Prinzipien der völlig freien Behandlung und Bewegung der Kranken erfolgte.

Unter dem Einfluß der sozialen Fürsorge wurde im Jahre 1893 den Gemeinden die Sorge für die Armen völlig abgenommen und die Lasten zwischen den Bezirken und dem Lande aufgeteilt, doch so, daß die Bezirkslasten ein gewisses Maximum nicht überschritten. Es entstanden daher mehrere durchaus moderne Armenhäuser, in denen aber das Zusammenleben von körperlich Siechen und harmlosen Geisteskranken bald zu Unträglichkeiten führte. Man versuchte daher die Geistessiechen im Anschluß an Irrenanstalten, wenn auch in einfacherer Form, jedoch unter ärztlicher Leitung, zu verpflegen. Es wurde im Jahre 1896 der Bau der Anstalt Mauer-Öhling für 1000 Betten beschlossen, so daß sie im Jahre 1902 dem Betrieb übergeben werden konnte. Sie besteht aus einer Heilanstalt für frische Fälle, einer Pflegeanstalt für Geistessieche und einer Kolonie für harmlose arbeitende Kranke. — Die hierbei gemachten Erfahrungen mit Unterbringung einer größeren Anzahl von Kranken führten dann zu dem Plan, die Wiener Irrenanstalten, welche längst mitten in der Stadt lagen, zu verkaufen und draußen vor der Stadt dafür eine Zentralisation der Wiener Anstalten in größtem Stile durchzuführen, die für lange Zeit ausreichen könnte.

Der Verkauf der alten Anstalten brachte 13 Mill. Kronen, davon wurde von 144 Besitzern ein rund 150 Hektar großes Areal für 4,5 Mill. Kronen am Galizinberg erworben und zum Bau einer Heilanstalt, einer Pflegeanstalt und eines Sanatoriums für vermögende Kranke mit zusammen 2000 Betten benutzt, doch gleich so angelegt, daß der Belagraum bis auf 4000 Betten gesteigert werden kann. Den ärztlichen Bedenken gegen eine derartige Anhäufung von Kranken stehen größere politische und finanzielle Vorteile gegenüber, und hofft man durch weitgehende Dezentralisierung, Schaffung ganz selbständiger Abteilungschefs etc. die ärztlichen Bedenken zu widerlegen. Dazu kommt noch als Neuerung, daß auch Nervenkranke auf psychischer Basis, die freiwillig eintreten, verpflegt werden sollen. Die Landesverwaltung glaubt mit Schaffung dieser niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien XIII einen Höhepunkt erreicht zu haben und damit für andere Großstädte vielleicht als Vorbild dienen zu können. Soviel davon an dieser Stelle. Über die Organisation der neuen Anstalt soll später berichtet werden. Welch eine gewaltige, großzügige Entwicklung seit dem Bau der ersten Anstalt, vor nur 55 Jahren. Freilich gehört dazu Geld, Geld und abermals Geld, denn diese Anstalten müssen nicht nur gebaut, sondern auch unterhalten werden, was nur größeren Verbänden möglich ist.

Wie schwer die Last der Irrenfürsorge auf kleinen Verbänden ruht, zeigt im Gegensatz dazu der Bericht Salzburgs. Dort muß die Gemeinde selbst für jeden Kranken aufkommen. Wenn auch nur 30 Heller pro Tag bezahlt werden müssen, steigt dadurch in einzelnen Gemeinden die Umlage bis auf 78%! Die Folge ist natürlich, daß die Kranken erst sehr spät eingeliefert werden, wenn die Heilungsaussichten schon gering geworden sind, oder daß die Kranken zu ihrem eigenen Schaden vorzeitig wieder herausgenommen werden. — Über große Schwierigkeiten in der Beitreibung der Pflegegelder berichtet auch Münsingen im Kanton Bern, indem sich die Angehörigen weigern, das Kostgeld zu zahlen, so daß zur Klage und Pfändung geschritten werden mußte. Auch der Bureaukratismus treibt dort wunderliche Blüten. Der Hilfsverein für Geisteskranke hatte beantragt, den offiziellen Namen „Irrenanstalten" in Heil- und Pflegeanstalten umzuwandeln, um das Unbehagen mancher Kreise gegen diese Anstalten herabzumindern. Die Kommission lehnte es aus „praktischen" Gründen ab; „der an sich neue und unklare Name müßte namentlich auch Änderungen in allen möglichen Urkunden nach sich ziehen und der Erfolg dürfte trotzdem zweifelhaft sein".

Schließlich sei noch eine relative Seltenheit erwähnt, nämlich die Auflösung einer ganzen Irrenanstalt. Die Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf wird nach mehr als achtzigjährigem Bestehen Ende dieses Jahres aufgelöst, die Insassen kommen in die neue Anstalt Bedburg. Obwohl noch im Jahre 1906 eine Untersuchungskommission konstatiert hatte, „daß innere Einrichtung und Behandlung durchaus auf der Höhe standen", zwingt dennoch die Lage mitten in der Stadt, die Unmöglichkeit, Erweiterungsbauten aufzuführen und landwirtschaftliche Arbeiten zu treiben, zum Aufgeben der Anstalt, da sich die heutigen Erfordernisse der Irrenpflege eben nicht voll verwirklichen lassen.

Statistik.

Eine richtige Bewertung der statistischen Angaben bietet große Schwierigkeiten. Die einheitliche Bezeichnung der Krankheitsbilder läßt noch viel zu wünschen übrig und schwankt je nach der betreffenden „Schule". Ferner sind den Berechnungen ganz verschieden große Zahlen zugrunde gelegt und lassen sich daher nicht ohne weiteres Vergleiche ziehen. Schließlich differiert die subjektive Auffassung der Krankheit oft auch erheblich. Ein Dilemma kennt z. B. jeder, der die Zählkarten für die Gemüts- und Nervenkranken des Statistischen Amtes ausfüllen muß. Die Rubrik: „Entlassung" kennt nur geheilte und ungeheilte Kranke. Nun wird aber der weitaus größte Teil der Kranken als gebessert entlassen, es ist die im günstigsten Falle eintretende Heilung mit Defekt, da ja eine restitutio ad integrum bei den Geisteskranken leider nicht sehr häufig ist. Wie soll nun der gewissenhafte Arzt die gebesserten Fälle rubrizieren? Soll er bewußt den Erfolg zu optimistisch oder zu pessimistisch bewerten? Ich meine, die Statistik müßte sich mehr den tatsächlichen Verhältnissen anpassen, wenn es auch nicht ganz in das Schema paßt.

Mit Ausnahme von Conradstein, das 1908 100 Kranke weniger aufnahm und 1909 noch um vier zurückging, sowie der Berliner städtischen Anstalten, die um 273 Pfleglinge zurückgingen, klagen alle Anstalten über mehr oder minder großen Platzmangel für Aufnahmen, fast überall herrscht daher Überbelegung. Diese würde sich in Wiesloch z. B. bei äußerster Ausnutzung des Platzes auf 41% belaufen: im neuerbauten unruhigen Hause wurden dort sofort statt 40 Betten 50 aufgestellt. In Eglfing betrug 1910 die Überfüllung bereits 12,4%, doch hofft man auf Entlastung durch die neue Anstalt Haar, die 1912 eröffnet werden soll. — Über die Gründe des Anwachsens der Krankenzahl in den Heil- und Pflegeanstalten äußert sich der ostpreußische Bericht. Als Hauptmoment wird angeführt die vollständige Änderung in der Behandlung der Kranken, wie sie nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 eingetreten ist. Man pflege dort nur tobsüchtige oder gemeingefährliche Geisteskranke den Anstalten zu überweisen, die anderen aber im Kreise ihrer Familien zu lassen! Seit jedoch die Anstaltsbewahrung für die Ortsarmenverbände bei der Verbindlichkeit zur Zahlung von nur ein Drittel der reglementsmäßigen Pflegekosten die billigste Art der Pflege darstellt, hat sich das gegenteilige Bestreben geltend gemacht, nunmehr möglichst alle Geisteskranken an die Anstalten abzuliefern. Freilich werden nun jahrelang zurückgehaltene, aussichtslose Fälle den Anstalten zugewandt, die eine große Belastung derselben darstellen. Ein weiterer Grund ist die abnehmende Furcht vor den Anstalten seitens der Angehörigen. Endlich wächst mit der zunehmenden Bevölkerungszahl auch die Zahl der Geisteskranken, und zwar in einem Prozentsatze, der den Zuwachs der Bevölkerung wesentlich überschreitet, wie Niedernhart ausführt. Dazu kommt, daß bei der steten Ausgestaltung des Straßen- und Eisenbahnnetzes die hohen Kosten des Transportes wesentlich herabgesetzt werden, was früher einer Abgabe oft im Wege stand. Es ist eine altbekannte Tatsache, daß der Zufluß der Geisteskranken in eine Anstalt ein um so größerer ist, je näher der Aufnahmebezirk der Anstalt liegt und je bessere Kommunikationsmittel zur Verfügung stehen. — Pelman gab 1871 nach einer amtlichen Erhebung in den Rheinlanden ein Verhältnis von 1 Geisteskranker zu 365 Einwohnern an, doch war diese Zahl zu niedrig gegriffen, und man ist zu der Überzeugung hingedrängt worden, daß in allen Kulturstaaten 1:250 Einwohner, 4 von 1000 Einwohnern, geisteskrank sind, von denen wiederum die Hälfte 2:1000 der Anstaltspflege bedürftig sind, und zwar besteht das erste Viertel aus frisch erkrankten, einer besonderen Pflege und Aufsicht bedürftigen, meist unruhigen und störenden Elementen, während das zweite Viertel mehr die chronischen, aber doch noch anstaltspflegebedürftigen in sich begreift. Es gilt als Erfahrungssatz, daß die Zahl der Geisteskranken in den Anstalten sich zu dem Verhältnisse von 1 Geisteskranker zu 500 Einwohner auszugleichen strebt, und daß die Zahl der Anstaltspfleglinge solange ansteigt, bis die Hälfte der Geisteskranken in Anstalten untergebracht ist. Nachfolgende Zahlen aus Lähr, „Die Anstalten für psychisch Kranke", entnommen, beweisen die Richtigkeit obiger Ausführungen.

Im Jahre 1907 kam ein Kranker in Anstalt

im Deutschen Reich	auf 524	Einwohner
im Königreich Preußen	auf 513	„
in der Rheinprovinz	auf 494	„
im Königreich Bayern	auf 609	„
im Königreich Sachsen	auf 609	„
im Königreich Württemberg	auf 436	„
in der Schweiz	auf 560	„

(Fortsetzung folgt.)

Über die Agilität.

Von Dr. *Ernst Jentsch.*

(Schluß.)

Was die tiefer bedingten Ursachen der psychopathischen Agilität anbelangt, so verlieren sich diese im einzelnen nach verschiedenen Richtungen in das psychopathologische, paraphysiologische, atavistische, degenerative Gebiet, vielfach wohl ohne scharfe Grenze und gelegentlich vielleicht in mehrere derselben gleichzeitig.

Auch bei der ersten Untergruppe, den physiologischen Agilitätserscheinungen, liegt vielleicht Anlaß vor, weiter auf spezielle zentrale Ursachen zurückzugreifen. Wir wissen, daß das zentrale Organ, das die nächste und wichtigste Beziehung zur Statik des gesamten Körpers besitzt, das Zerebellum ist. Auch zentrale Stätten, von denen sonstige statische Störungen ausgehen können, wie z. B. das Labyrinth, erweisen sich durch ihre Kleinhirnverbindung als in dieser Richtung wirksam. Das Kleinhirn vermittelt die automatische Koordination der gesamten Körperbewegung und -haltung. Vermindert sich sein Einfluß, so wird diese Funktion beeinträchtigt. Überall dort, wo sie mehr oder weniger wegfällt, durch organische Läsion, beim Tierexperiment, durch angeborene organische Störungen, muß das Großhirn diese ersetzen. Bei organischen Affektionen, die mit nervösen Fernwirkungen und sonstigen schweren Störungen verbunden sind, werden die Erscheinungen oft allzu sehr beeinträchtigt sein. Tiere, denen Teile des Kleinhirns reseziert wurden, lernen die Bewegungsstörungen allmählich ersetzen, wenn auch unvollkommen. Bei angeborener Aplasie des Kleinhirns werden von vornherein Fehlen der Synergie der Muskeltätigkeit, ataktische, auch tonische Störungen bestehen. Der Ersatz des Großhirns ist immer unzureichend, da dieses besonders leicht dann versagt, wenn es selbst in Anspruch genommen wird.

Es ist nun wohl sicher, daß man aus einem Patienten mit angeborener Aplasie des Kleinhirns keinen Gymnastiker machen kann. Für einen solchen dürfte die ungeschmälerte Entwicklung des Kleinhirns kaum zu entbehren sein. Es liegt sogar nahe anzunehmen, daß eine reiche Entwicklung dieses Gehirnteils die Koordinationsfähigkeit hinsichtlich des Zusammenwirkens der Körpermuskulatur steigern könne.

Bei Aplasie des Kleinhirns zeigte die Röntgendurchleuchtung die hintere Schädelgrube abgeflacht. Es nahm also die zugehörige Knochenhülle teil an der mangelhaften Entwicklung des darüber liegenden Gehirnteils. Nun ist gerade die innere Hinterhauptschuppe im Bereich der unteren Zerebellargruben ein recht variables Gebilde, und besonders ist es die Gegend der Crista occipitalis interna, die sich durch Mannigfaltigkeit der Bildung auszeichnet, d. h. die Nachbarschaft des Unterwurms mit seinen wichtigen Faserzügen. Sowohl das „Trigonum vermianum“, die Abflachung des Beginns der Crista am Foramen occipitale, als diese selbst kann verschiedenfach gestaltet und der ganze Verlauf der Crista bis zur Protuberantia occipitalis interna zu einer vollständigen Grube umgeformt sein (mittlere Hinterhauptsgrube). Durch die letztgenannten Bildungsanomalien der Schuppe wird die hintere Schädelgrube etwas geräumiger werden können als in der Norm. Mag nun das Kleinhirn durch eine derartige Knochengestaltung in seiner Entfaltung begünstigt werden, oder mag das wachsende Kleinhin den Knochen zu seiner abnormen Konfigurierung veranlassen, jedenfalls erscheint es nicht widersinnig, zu fragen, ob nicht die relative stärkere Entwicklung des Zerebellum, die Koordination der Muskelfunktion und damit auch die Agilität steigern kann, und ob nicht das innere Relief der Hinterhauptschuppe in seiner abnormen Gestaltung für das Vorhandensein oder die Möglichkeit der Herausbildung einer solchen Anlage wenigstens einige Bedeutung besitze.

Es ist nicht ohne Interesse, bei der Betrachtung der physiologischen Agilität einen Blick zu werfen auf die Verhältnisse in der gedachten Beziehung, wie sie wenigstens die dem Menschen in der Organisation am nächsten stehenden Tiere, die Mammalien, bieten.

In gewissem Sinne bestehen hier direkte Parallelen mit dem Menschen, z. B. hinsichtlich des förderlichen Einflusses des jugendlichen Alters, des leichten Körperbaus, der affektiven Erregung, der Spezies oder Abart. In der Freiheit lebende Tiere sind agiler als domestizierte und sonst in Gefangenschaft gehaltene. Junge Tiere sind meist spiellustiger als ältere. Doch nehmen, ähnlich wie die Gymnastiker beim Menschen, die Tiere der agilen Spezies, wenn sie heranwachsen, an Gewandtheit zu, während die der nicht agilen Varietäten, je älter sie werden, desto mehr an Behendigkeit zu verlieren pflegen.

Als „agile“ Säugetierspezies könnte man vielleicht besonders solche bezeichnen, die eine starke oder auffallende Motilität mit einem Bewegungsmodus verbinden, der bereits große Äquilibrierungs- oder Koordinationsfähigkeit erfordert, also namentlich die

sehr beweglichen Klettertiere und solche mit unterirdischer Lebensweise, die sich ohne Hilfe des Gesichtssinns lebhaft bewegen müssen. Zu diesen gehören die Vierhänder und die kletternden behenden Nager, Raubtiere und Insektenfresser, die grabenden behenden Raubtiere und Insektenfresser, ferner könnte man dazu rechnen diejenigen Typen, die in der Freiheit fast unablässig in emsiger Bewegung bleiben, solche, die einen ungewöhnlich starken Spieltrieb beibehalten, wie z. B. der Waschbär, dessen bekannte Eigentümlichkeit bei der Nahrungsaufnahme, das Waschen, welches er unterläßt, wenn er hungrig ist, wenigstens von Brehm als solcher aufgefaßt wird. Schließlich könnte man Gattungen hierzu rechnen, deren Individuen zu ungewöhnlichen motorischen Leistungen befähigt sind, wie die Gemse u. ähnl. Stark gesteigertes Fortbewegungsvermögen allein, wie es z. B. viele Huftiere besitzen, wird indes nicht ohne weiteres für die bloße Agilität in Frage kommen, das gleiche scheint für den Wandertrieb der Tiere zu gelten.

Faßt man die Ursachen der Agilität der Säugetiere genauer ins Auge, so ist wohl klar, daß abgesehen von den oben kurz berührten hier im wesentlichen besondere Verhältnisse vorliegen müssen. Das hauptsächliche Moment der Agilität beim Tiere ist der allgemeine Körperbau, der entsprechend der außerordentlichen Verschiedenheit der äußeren Gestaltung die mannigfachsten Bewegungsmodi bedingen kann. Größe, Schwere, Plumpheit des Körperbaues, große Körperlasten werden die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigen, Kleinheit, Leichtigkeit, Schlankheit sie im allgemeinen erhöhen. Dies ist jedoch nicht schematisch zu nehmen, denn auch sehr große, schwere Tiere, z. B. Büffel und Flußpferde können namentlich im Affekt ebenfalls eine beträchtliche Bewegungsfähigkeit bekunden, wenn auch meist nur in der Fortbewegung. Weiter ist die Organisation des Tieres hinsichtlich seiner speziellen gewöhnlichen Bewegungsart von besonderem Belang. Den Typus des agilen Säugetieres bildet das rasch sich bewegende Klettertier. Die rapide, sichere Bewegung in großer Höhe unter der beständigen Gefahr der rasch und bedrohlich wirkenden Schwere erfordert die feinste Koordination und das präziseste Äquilibrierungsvermögen neben verhältnismäßig großer allgemeiner Regsamkeit und Ausdauer. Wenn es nicht so abgeschmackt wäre, so könnte man beinahe sagen, als Klettertier brauche der Affe eben das „Affenartige". Auch die guten Kletterer aller anderen Säuger bewegen sich rapide. Es gibt freilich noch einen anderen Klettertypus im allgemeinen. Dieser besteht darin, daß das Tier keinen Stützpunkt aufgibt, ehe es nicht einen neuen sicheren gewonnen hat. Dieser Modus, dessen Signatur im Gegenteil Langsamkeit ist, ist der des kletternden Faultiers und der schwer beweglichen großen Bärenarten. (Die Kleinbären dagegen, z. B. Nasua, Ursus lotor sind behende Klettertiere.) Es kommt also hier in gewisser Weise auch ein psychologisches Moment hinzu, das etwa dem entspräche, was man sonst „Temperament" nennt, also ein gewisser Grad psychomotorischer Erreglichkeit.

Es fragt sich nun, ob in Anbetracht dieser wechselnden Verhältnisse nicht auch für die Tierwelt hier zentrale Bedingungen von Bedeutung sein können.

Bei Erwähnung der entsprechenden Verhältnisse beim Menschen war oben die Rede gewesen von den Beziehungen der Knochenunterlagen zu den zugehörigen Nervenmassen, speziell zwischen Kleinhirn und innerer Oberflächengestaltung der Hinterhauptschuppe. Nun kann sich die Oberflächengestaltung der Innenseite mancher platten Knochen am Schädel, wie G. Schwalbe*) in einer Reihe Beobachtungen gezeigt hat, auch in ihrem Außenrelief ausprägen, und zwar gilt dies sowohl für den Menschen- als für viele Säugetierschädel, besonders für die Temporalgegend. Auch am Hinterhaupte ist dies der Fall. Beim Menschen befinden sich bei den meisten Rassen in weit überwiegendem Verhältnis zu beiden Seiten der Crista occipitalis externa zwei kugelschalenförmige Wölbungen, Protuberantiae cerebellares, welche diejenigen der Kleinhirnhemisphären enthalten. Diese Wölbungen treten in sphärischer Form unter den Mammalien zuerst bei den Halbaffen auf, weiter nach unten in der Entwicklungsskala zeigen sie längsovale Form bei sagittaler Verlaufsrichtung. Zwischen ihnen befindet sich nun in vielen Spezies eine dritte, ebenfalls längsovale Protuberanz, welche dem Wurme des Kleinhirns entspricht (Protuberantia vermiana). In anderen Fällen findet sich diese letztere allein vor, während die Protuberantiae cerebellares fehlen.

Es ist nun keinesfalls ohne weiteres zu vermuten, daß das Außenrelief der unteren Hinterhauptschuppe beim Säugetier der Ausdruck einer besonders reichen Entwicklung und Gliederung des Kleinhirns sein müsse. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß sich alte und junge Tiere hier nicht gleichmäßig verhalten, daß die in der Okzipitalgegend inserierenden Muskelmassen je nach ihrem Umfange die äußere Oberflächengestaltung des Okziput verändern können,

*) G. Schwalbe, Über die Beziehungen zwischen Innenform und Außenform des Schädels. Deutsches Archiv f. klin Medizin, 79. Bd., 1902.

und daß ferner die Wandstärke der Okzipitalschuppe insofern eine wesentliche Rolle spielt, als dünne Knochenschicht das Außenrelief besser zeigt als kräftige, so daß dieses innen wohlausgesprochen sein kann, während es außen fehlt.

Das Außenrelief der Hinterhauptschuppe gäbe also höchstens mit Einschränkung einen Hinweis auf die Gliederung oder Entwicklung des Kleinhirns. Gleichwohl könnte ihm indes ein gewisser bedingter Wert in dieser Hinsicht zukommen. Vergleicht man dasjenige, was bisher beobachtet wurde, biologisch, so wäre ein solcher Zusammenhang nicht a limine abzuweisen.

Deutliches Okzipitalrelief wurde u. a. bemerkt (l. c.) bei Känguruhspezies, worunter das Bergkänguruh (Petrogale), welches auf felsigem Terrain nach Brehm in der Bewegungsart dem Pavian vergleichbar sein soll, von Insektenfressern bei der ebenfalls ungemein behend kletternden Tupaya. Talpa wies die Protuberantia vermiana auf.

Von den Nagern zeigten Sciurus, Spermophilus und andere, unter den Raubtieren viele kleinere Arten, besonders solche der Kleinbären, der Rollmarder, der Musteliden teils vollständiges, teils auf die Protuberantia vermiana beschränktes Relief.

Bei den Primaten wird das Kleinhirnrelief sowohl hinsichtlich der Protuberantia vermiana als der Zerebellarwölbungen, welche hier zugleich Kugelschalenform annehmen und nur noch bei den Krallenaffen längsoval sind, konstanter. Die Halbaffen- und Affenschädel, die zur Beobachtung kamen, besaßen die Protuberantia vermiana und die Protuberantiae cerebellares. Eine Ausnahme machen die Anthropoiden, bei denen zwar die Protuberantiae cerebellares entwickelt sind, die Protuberantia vermiana aber fehlte, höchstens an jugendlichen Individuen vorhanden war. Bei den gewöhnlich zu den Anthropoiden gestellten Gibbons kann die Protuberantia vermiana wieder auftreten. Der Mensch verhält sich bezüglich seines äußeren Okzipitalreliefs wie die eigentlichen Anthropoiden. Er besitzt Zerebellarprotuberanzen, in der Norm aber keine Protuberantia vermiana. Diese tritt bei ihm nur auf als Degenerationszeichen bei starker Entwicklung der „mittleren Hinterhauptsgrube“.

Referate.

— Schurig, Dr. jur. et rer. pol. Bruno, Die strafrechtliche Bedeutung der sogen. verminderten Zurechnungsfähigkeit. Breslau, 1911.

Verf. will den Ausdruck „freie Willensbestimmung“ ersetzt wissen und bringt dafür die Formulierung van Calkers in Vorschlag: Fähigkeit, die Gesetzwidrigkeit der Handlung zu erkennen oder den zur Begehung derselben drängenden Trieb zu beherrschen. Anstatt der im Vorentwurf gebrauchten Ausdrücke „Geisteskrankheit“, „Blödsinn“ oder „Bewußtlosigkeit“ empfiehlt Verf. die bisherige gebräuchliche Wendung „Bewußtlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistestätigkeit“. Als Maßstab für die Bestrafung vermindert Zurechnungsfähiger wünscht er nicht die Vorschriften über den Versuch, sondern die über die Bestrafung Jugendlicher. Die in § 65 VE. vorgesehene definitive Verwahrung soll in einem Sondergesetz geregelt werden, das die Behandlung der verbrecherischen wie auch der nicht verbrecherischen Gemeingefährlichen im Auge hat. G. Ilberg.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Kalle & Co. Akt.-Ges., Biebrich, betr. Neuronal bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 31. 28. Oktober **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:
Artikel: Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. G. Werner in Bedburg bei Cleve. (Fortsetzung.) (S. 307.) — Zur Abwehr der Presse-Angriffe. Von Oberarzt Dr. Bernh. Beyer, Bayreuth-Herzogshöhe. (S. 313.) — Mitteilungen (S. 315): Die neue Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt bei Kleve. — Referate (S. 316). — Personalnachrichten (S. 316).

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Wesentlich niedriger ist die Zahl der Geisteskranken im Königr. Sachsen gewesen. Dort kamen 1907 u. 08 auf 100000 Einw. 23 bis 24 Aufnahmen statt 200, allerdings mußten 166 bezw. 263 abgewiesen werden, und der Berichterstatter betont ausdrücklich, daß die Abgewiesenen oft noch heilbar waren und leider erst später als unheilbare den Anstalten werden zugeführt werden können. In allen sächsischen Anstalten wurde konstatiert, daß die Zahl der unruhigen, turbulenten, für sich und andere bedenklichen Kranken zu ungunsten der leichteren, ruhigeren und prognostisch günstiger zu beurteilenden Patienten erheblich gestiegen ist. „In dieser Beziehung ist es nicht uninteressant zu erfahren, daß in die wissenschaftlich geleiteten Nervenanstalten in neuerer Zeit offenbar ebenfalls schwere, den Übergang zu ausgesprochener Seelenstörung bildende oder ihr schon zugehörige Krankheitsfälle kommen und ihnen große Schwierigkeiten bereiten, während ein wesentlicher Teil ihrer früheren Klientel in die sogenannten Naturheilanstalten mit Luft- und Familienbädern, Barfußlaufen und sonstigen vielfach auf sexuellen Kitzel hinauslaufenden Prozeduren abgewandert ist."

In Württemberg sank unter dem Streben nach Evakuierung der Anstalten wegen Überfüllung und zugleich unter dem Einfluß der gegen die Anstalten von Geisteskranken veröffentlichten Broschüren nach einer Tabelle die Zahl der Verpflegten von fast 3600 im Jahre 1894 auf 3200 im Jahre 1897, um erst 1901 den alten Stand wieder zu erreichen.

Wegen Raummangel mußten im Jahre 1908 in Württemberg 101 Aufnahmegesuche abschlägig beschieden werden, in Marsberg von 158 Gesuchen 38, in Münster i. Westf. 60, in Hildesheim von 303 29 (1910), in Lüneburg trotz Neubau 10 (1909). Osnabrück kann seit 1901 alle Gesuche dauernd berücksichtigen. In Baden verpflegte die neue Anstalt Wiesloch (eröffnet 1905) am 31. Dez. 1908 zum ersten Male mehr Kranke als Pforzheim, und zwar 629:616. Pforzheim ist somit seit 1892 von der besuchtesten Anstalt Badens zu der wenigst besuchten zurückgegangen, „da man, solange die anderen Anstalten Platz zur Aufnahme haben, die dortigen unzulänglichen Räume nicht aufsuchen wird."

Von den Personen, welche sich in den Berliner Anstalten freiwillig und ohne Überweisung zum ersten Male oder nach früherer Behandlung zur Aufnahme meldeten, mußte wieder eine große Anzahl zurückgewiesen werden, weil die Notwendigkeit der Aufnahme zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdung ärztlicherseits nicht ohne weiteres hatte bescheinigt werden können. Das erklärt den Rückgang um 273 Personen allerdings etwas.

Von wie ungeheurer Wichtigkeit eine schnelle Aufnahme ist, zeigt der Württembergische Bericht für 1909. Nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme wurden geheilt in Prozenten der Genesungen bei der Aufnahme

im 1. Monat	der	Erkrankung	51,0 %
„ 2. bis 3.	„	„	„	22,5 %
„ 4. „ 6.	„	„	„	10,2 %
„ 7. „ 12.	„	„	„	8,2 %
nach 1 Jahr	„		„	8,1 %

Sachsen rechnet auf erfolgreiche Behandlung nur im ersten Jahre (75,7 %), während nach $1^1/_2$ Jahr

die Aussicht rapide sinkt auf nur 16,2% und geht der Erfolg auch kaum noch über mehr oder weniger erhebliche Besserung hinaus.

Es wäre ein leichtes, zahllose Mißstände der Überfüllung anzuführen.

Gar beweglich sind oft die Klagen der Berichterstatter, daß die Kranken nicht genügend getrennt werden können, daß sie selbst darunter leiden, daß die Dienstfreudigkeit des Personals dadurch abnimmt, und daß einer erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose andauernd die immer mehr zunehmende Überfüllung der Anstalten entgegensteht. Ferner ist zu bedenken, daß wenn auch einmal mehrere Plätze in einem Hause frei sind, nicht immer gleich geeignete Patienten dafür vorhanden sind, und dadurch manche Abteilungen nicht entlastet werden können. Eine vorgeschrittene Paralyse kann man nicht in eine offene Männervilla legen, auch muß ein gewisser Spielraum für die täglich nötigen Versetzungen von einer Abteilung auf die andere vorhanden sein (Lüneburg).

Über das beschleunigte Aufnahmeverfahren liegen mehrere durchweg günstig lautende Berichte vor. Unter dem 21. Dezember 1907 ermächtigte der Senat von Lübeck die Vorsteherschaft der Irrenanstalt, in dringenden Fällen Kranke in die Anstalt aufzunehmen, „wenn einer der Anstaltsärzte das Vorliegen von Geisteskrankheit und die Dringlichkeit unter Hervorhebung der die letzteren begründenden objektiven Krankheitserscheinungen bezeugt. Das Physikatszeugnis ist in diesen Fällen binnen 24 Stunden nachzuliefern." In Schlesien ist dieses Verfahren auch wieder eingeführt, entsprechend dem früheren § 11 des Aufnahmereglements. In Conradstein wurden 1908 von 290 Aufnahmen 156, in Schwetz 1908 von 665 Aufnahmen 65, in Landsberg 124 = 40%, in Brandenburg überhaupt 1911 47% in beschleunigtem Verfahren aufgenommen. Um die möglichst frühzeitige Überführung in die Anstalten zu bewirken, gewährt Schlesien, ebenso wie manche andere Provinz, kostenlose Behandlung, wenn die Aufnahme in den ersten sechs Monaten erfolgt, ein Benefizium, das bei den nunmehr allgemein erhöhten Verpflegungskosten um so größere Bedeutung für die vielen armen Gemeinden gewinnt.

Seit dem 17. Dezember 1908 dürfen in Baden „volljährige Nerven- oder Geisteskranke, die nicht entmündigt sind, auf ihren eigenen Antrag zum Zwecke der Heilung und Beobachtung in den öffentlichen Irrenanstalten ohne weiteres aufgenommen werden, wenn sie sich nach dem Ermessen der Direktion dazu eignen". Damit sind die lang erstrebten freiwilligen Aufnahmen nun auch in Baden eingeführt.

Über die jüngste Aufnahme berichtet Waldhaus. Es war ein idiotisches, epileptisches Kind von nur 5 Jahren, das nur vorübergehend verpflegt wurde. Die nächstjüngste Aufnahme war ein Schulmädchen von zehn Jahren, das zur Beobachtung eingewiesen wurde. Es hatte mehrere Diebstähle begangen und einige Robinsonaden ausgeführt. An dem recht gut begabten, aber in erzieherischer Hinsicht vernachlässigten Kinde fand sich keine Geistesstörung. Münsingen berichtet über ein nicht geisteskrankes Mädchen von sechs Jahren, das wegen heftiger Neigung zum Onanieren der Anstalt übergeben wurde. Wahrscheinlich hat eine sehr reichliche Kolonie von Spulwürmern im Darm den Anlaß zu der üblen Gewohnheit gegeben, die sich in der Anstalt anscheinend dauernd verlor. Ein elfjähriger taubstummer Knabe, der sich in zwei Anstalten, in denen er vorher war, nicht gut aufgeführt hat, erschien nicht geistesgestört, und soll einer Taubstummenanstalt übergeben werden. In Sachsen wurden 17 Kranke unter zehn Jahren aufgenommen, alle waren idiotisch bezw. imbezill. Nur in die Anstalt Sonnenstein ist ein zwölfjähriger, nicht schwachsinniger, geisteskranker Knabe aufgenommen worden, und zwar mit besonderer ministerieller Genehmigung, da sonst Aufnahme von Kindern unter 14 Jahren in die Landesanstalt, mit Ausnahme von Hubertusburg, regulativmäßig nicht statthaft ist. „Der Verpflegung von Kindern in den Irrenanstalten stehen denn auch unter den jetzigen Verhältnissen sehr erhebliche Bedenken entgegen, und es werden, wenn nach Maßgabe des Fürsorgegesetzes psychisch abnorme Kinder nicht mehr den Erziehungsanstalten zugewiesen werden sollen, für diese Kinder über kurz oder lang besondere Einrichtungen, vielleicht nur in ein oder zwei Anstalten, zu deren zweckmäßiger Behandlung, besonders in pädagogischer Rücksicht, getroffen werden müssen."

Über die Dauer der Behandlung wird von Brandenburg berichtet, daß sie am längsten bei den Epileptikern, am kürzesten bei den Paralytikern ist, ihr Aufenthalt beträgt selten über ein Jahr. Doch stellen gerade sie wegen ihres zunehmenden Siechtums ganz besonders hohe Anforderungen an Wartung und Pflege. Die Entlassenen der „einfachen Seelenstörung" weisen durchschnittlich eine Aufenthaltsdauer von $1^1/_2$ Jahren auf. Die Aufenthaltsdauer der Alkoholiker schwankt sehr. Meist sind es mehrere kürzere Aufnahmen, je nach der Häufigkeit und Dauer der akuten Delirien.

Über die Ursachen der Geisteskrankheiten: Heredität, Alkohol, Traumen, bei Frauen die Vorgänge des Sexuallebens, wird nichts besonderes Neues berichtet. Das Verhältnis von Lues und Paralyse wird ja die Wassermannsche Reaktion zu klären geeignet sein. v. Ehrenwall fand ferner bei den meisten Paralysen noch schwere hereditäre Belastung mit Geistes- oder Nervenkrankheiten, Karzinom, Tuberkulose und starkem Potus bei einem Teile des Elternpaares, „so daß also in diesem Umstand das Akzidenz gesucht werden muß, das zu der Lues hinzutreten muß, um eine Paralyse zu erzwingen." Auch bei den an Alkoholismus oder durch Traumen erkrankten Personen besteht in einer sehr großen Anzahl der Fälle hereditäre Belastung, so daß Alkohol und Trauma mehr als auslösende Ursachen zu betrachten sind. Großschweidnitz macht ferner darauf aufmerksam, daß bei nicht wenigen Kranken, namentlich den manisch-depressiven, Alkoholexzesse nicht die Krankheitsursache, sondern Krankheitssymptome sind.

Aus dem Württembergischen Bericht von 1909 ergibt sich, wie schon seither, daß die Männer hinsichtlich der Erkrankung vor dem 25. Jahre mehr gefährdet sind als die Frauen. In dem Lebensalter zwischen 30 und 50 Jahr tritt ein Ausgleich ein. Nach dem 50. Lebensjahre überwiegen die Frauen in der Häufigkeit der Erkrankung. In ähnlichem Sinne betont Kaufbeuren (1909) die hohe Zahl der Witwen, 18 Frauen auf 3 Männer.

Über Tuberkulose bemerkt Eberswalde, daß bei weitem die Mehrzahl der an dieser Krankheit sterbenden Patienten schon infiziert eingeliefert wird, wie auch die an anderen Anstalten durchgeführte Untersuchung mit der Pirquetschen Reaktion beweist. Es schreitet aber die Tuberkulose um so eher und um so schneller fort, „je ungünstiger sich die Belegungsverhältnisse der Krankenräume und damit der hygienischen Bedingungen überhaupt gestalten. So beobachtet man erfahrungsgemäß ein Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit in den Irrenanstalten zu Zeiten der Überfüllung, während der Eintritt normaler Belegungsverhältnisse sich gleichzeitig durch ein Fallen dieser Ziffern kennzeichnet."

Die früheste Erkrankung von Dementia paralytika fiel in Württemberg im Jahr 1905/06 in das Alter von 21 bis 25 Jahren, 1907 in das Alter von 26 bis 30 Jahren, 1908/09 in das Alter von 31 bis 35 Jahren.

Die Todesursachen sind abgesehen von Paralyse und anderen organischen Hirnerkrankungen (Arteriosklerose, Apoplexie etc.) meist interkurrenter Natur, natürlich spielt die Tuberkulose eine wichtige Rolle, doch ist sie auch großen Schwankungen unterworfen, so hat Weilmünster unter 88 Todesfällen 20 Tuberkulöse = 22 % und ein Drittel Paralytiker, Kaufbeuren (1908) unter 57 Todesfällen 24 Paralysen = 42,1 % und 8 Tuberkulöse = 14 %, Pflegeanstalt Irsee unter 24 Todesfällen 25 % Tuberkulöse, dagegen Osnabrück (1910) unter 24 Todesfällen nur einen Tuberkulösen. — Am Schlusse der Statistik möchte ich noch einmal betonen, wie bedauerlich es bei dem Mangel an einheitlichen Gesichtspunkten ist, daß die viele darauf verwandte Muße und Arbeit nur so wenig verwertet werden konnte.

Neu- und Umbauten, technische Einrichtungen.

Nachdem das Werk „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild", redig. von Dr. Bresler, erschienen ist und in kurzem ergänzt werden soll, erübrigt es sich, hier näher auf größere Neu- und Umbauten einzugehen, nur möchte ich noch einiges über die neue „niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien" im Zusammenhange bringen, da über diese Anstalten in dem Buche von Bresler nichts berichtet wird, und die Verhältnisse doch in manchem von dem sonst üblichen abweichen. Diese Anstalten gliedern sich in drei Teile:

I. Die Heilanstalt mit zwei eingeschossigen Aufnahmepavillons zu 40 Betten, fünf zweigeschossigen Pavillons für Halbruhige zu 70 Betten, vier zweigeschossigen Pavillons für Unruhige zu 50 Betten und zwei dreigeschossigen Pavillons für Ruhige zu 100 Betten, insgesamt 870 Betten.

II. Die Pflegeanstalt mit sechs zweigeschossigen Pavillons für ruhige und unruhige Pflegebedürftige und halbruhige Sieche, zwei zweigeschossigen Pavillons für Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten zu je 24 Betten, einem Verwahrungshaus zu 40 Betten, insgesamt 888 Betten, dazu kommen noch 88 Betten für Pfleglinge, die auf dem Wirtschaftshofe arbeiten und dort untergebracht sind.

III. Das Sanatorium für Selbstzahler mit zwei offenen Pavillons zu 20 Betten, je zwei für Aufnahmen und Halbruhige zu 33 Betten, zwei für unruhige Unreine zu 52 Betten, zwei für unreine Sieche zu 39 Betten, schließlich noch zwei Gesell-

schaftshäuser, zusammen 10 Pavillons mit 356 Betten. Die Anstalt besitzt im ganzen 34 Pavillons mit 2200 Betten, kann jedoch bei Bedarf bis auf 4000 Betten ausgebaut werden.

Ein besonderes Kurhaus enthält den Festsaal sowie Räume für Elektro-, Hydro- und Mechanotherapie, ein Badebassin nebst Einzelbädern und Ruheräumen. Es bestehen im ganzen 518 Krankenräume, einschließlich der Isolierzimmer, davon sind 42% = 216 nur einbettig, 31% zwei- bis achtbettig, 27% neun- bis sechszehnbettig. Eine höhere Belagzahl für einen Raum gibt es nicht. — Als Fußboden sind verwandt Mettlacher Platten für Schlafsäle, Korridore, Bäder, Spülküchen; Terrazzoböden in Depots u. dergl.; Eichenbretterboden in Tagräumen und größeren Wohnungen; weiche Schiffböden für Dienerwohnungen und Magazine; Xylolithböden in den Zellen. Die Heizung besorgt in den Anstaltshäusern je eine Niederdruckdampfheizung, in den Personalwohnräumen stehen eiserne und Kachelöfen. Einzelne Häuser haben Warmwasserheizung.

Die Räume für Halbruhige und Unruhige sind hinter den inneren Fenstern mit schwachen Eisengittern versehen, welche dieselbe Sprosseneinteilung wie die Fenster haben und dem Auge daher kaum auffallen. Die Beleuchtung ist elektrisch, mit Deckenflamme bei den halb und ganz Unruhigen. Die Außenbeleuchtung wird durch Gas besorgt, das auch in alle Pavillons für Heizzwecke in die Spülküchen eingeleitet ist.

Für den ärztlichen Dienst stehen dem Direktor für die Heilanstalt zwei Primärärzte, für die Pflegeanstalt und das Sanatorium je ein Primararzt zur Seite, die den eigentlichen Krankendienst überwachen. Für die arbeitenden Kranken im Bereiche des Wirtschaftsgebäudes, die Veranstaltung und Überwachung der Vergnügungen, die ärztliche Behandlung des Personals und deren Familien, endlich zur Unterstützung des Direktors in besonderen Arbeiten und notwendigen Vertretungen in der Heil- und Pflegeanstalt ist ein dem Direktor unmittelbar unterstellter Wirtschaftsarzt tätig. Die Prosektur ist einem vom pathologischen Universitätsinstitut zu stellenden Arzte übertragen, der auch die bakteriologischen Arbeiten zu leisten hat. Es sind somit tätig: ein Direktor, vier Primärärzte, drei ordinierende Ärzte, ein Wirtschaftsarzt und zehn Sekundär- resp. Assistenzärzte und ein Prosektor. Der Tagesdienst ist in der Heilanstalt wie bei uns eingeschlechtlich und wechselt unter den Sekundarärzten ab. Die Primarärzte haben jeden Nachmittag von 2 bis 4 Uhr Auskunft zu erteilen. In der Pflegeanstalt beteiligt sich auch der Primararzt am Tagesdienst. Im Sanatorium sind außer dem Primararzt noch drei Ärzte tätig, von denen je einer einen Monat lang die Behandlung der ins Kurhaus eingewiesenen Patienten mit Bädern und anderen Prozeduren überwacht. — Von vornherein ist großer Wert auf gärtnerische Anlagen und die Ausschmückung der Innenräume mit Blumen gelegt. Es wurden gepflanzt 12000 Stück Bäume aller Art, 32000 Sträucher, 2800 Koniferen, 85000 einbis dreijährige Fichten. Es sind vier Gewächshäuser je 20 m lang und 5 bis 8 m breit gebaut. Die Weinhecke ist 2 km lang.

Zum Transport der Speisen dienen warmhaltende Holzkisten mit Aluminiumtöpfen, die durch eine elektrische Bahn befördert werden. Ich muß es mir versagen, näher auf die Details der Einrichtung einzugehen und möchte nur hervorheben, daß dieser sehr ausführliche Bericht eine Fundgrube für allerhand praktische Neuerungen ist.

Ich schließe hier gleich einige Notizen an über die nach Alt-Scherbitzer Muster gebaute Landes-Heilanstalt in Salzburg. Auch hier hat es sich erwiesen, daß die Gitterlosigkeit in den unruhigen Abteilungen bezüglich der Lüftung doch bedenkliche Nachteile hat. Man hat dort Schiebegitter angebracht, welche in die Mauer zurückgeschlagen werden können. Um die Frage der Fenstervergitterung gleich zu erledigen, so ist dieselbe in Lüben angebracht worden am Gebäude für unruhige und gemeingefährliche Pfleglinge, für Epileptische und nicht bettlägerige Sieche und Blöde. „Eine teilweise Vergitterung genügte nicht immer, dagegen entspricht die Vergitterung der oberen Fensterflügel mit rhombisch gestellten Eisenstäben im Gebäude für Sieche dem Lüftungsbedürfnis vollkommen. Übrigens besitzt Lüben auch einen Ozonventilator." Königsfelden hat alle Fenster im Hause für Unruhige vergittert. „Die Qualität der in diesen Gebäuden unterzubringenden Kranken rechtfertigt diese Maßregel." Die Neubauten für unruhige Häuser in Obrawalde haben zur Sicherung der Fenster engere eiserne Sprossen wie sonst, andere Fensterverschlüsse und dickeres Glas. Kaufbeuren hat „Reformfenster mit Spezialbeschlag" und schmiedeeiserne Vorgitter.

In Lauenburg sind die Fenster der Wachabteilungen und der Häuser für Unruhige vergittert, um den Kranken die Möglichkeit zu lassen, selbst zu lüften. „Die Gitter sind Kunstschmiedearbeit, reich verziert, es hat sich noch niemand darüber beklagt, im Gegenteil sind die Wachabteilungen bei den genesenden Kranken außerordentlich beliebt."

Um die Gitter bei geschlossenem Fenster unsichtbar zu machen, könnte man ja auch undurchsichtige bunte Scheiben einsetzen. Wenn ein nettes Muster gewählt wird, können diese Fenster — es brauchen ja nicht alle zu sein — noch sogar als Schmuck dienen.

Um auf Salzburgs Einrichtungen zurückzukommen, so möchte ich noch im einzelnen anführen, daß die zwei neuen Abteilungen elektrische und Gasbadeeinrichtungen und ein im Winter heizbares Sonnenbad haben. Die schmutzige Wäsche fällt durch besondere Schächte in den Keller. Statt der Gitterbetten und Bettspangen für Unruhige sind an einigen Betten kleine verschiebbare Netze angebracht, welche sich ca. 30 cm an beiden Seiten hinaufziehen lassen. Der Eichenriemenboden ließ sich auf den unruhigen und unreinen Abteilungen nicht geruchlos halten und ist er daher durch Linoleum auf Bimssteinestrich in den neuen Abteilungen ersetzt. Zum Wärmen der Speisen dienen elektrische Kochapparate. Man sieht, es ist keine Mühe gespart worden, etwas wirklich Gutes und Modernes zu schaffen.

Noch eine andere Alpenanstalt, St. Pirminsberg in der Schweiz, ist mit dem Neubau je eines Männer- und Frauenpavillons für Unruhige sehr zufrieden. An den zentralen Tagesraum schließen sich zu beiden Seiten die Wachsäle und Nebengelasse an, während im ersten Stockwerk ein großer Schlafsaal mit Wärterzimmer, ein Waschraum und das Zimmer für den Abteilungswärter untergebracht sind. An jeden Wachsaal schließen sich drei Isolierzimmer, deren schwere eichene Zellentüren durch eine einzige Schlüsseldrehung an drei Orten fest geschlossen werden können. Das Besuchszimmer kann von außen und von der Abteilung gesondert betreten werden. Die Zellenfenster haben eiserne Rahmen und Sprossen und dicke Verglasung. Sonst wurde nur gewöhnliches Glas verwandt, und von Gittern abgesehen. Als Fußbodenbelag dient im allgemeinen Linoleum, nur ist in den Zellen für Unruhige Eichenparkett in Asphalt verwandt. Eine neue zentrale Heizanlage konnte 1910 in Betrieb genommen werden. Bis dahin hatte jedes Bad seinen eigenen vom Wartpersonal zu bedienenden Kessel in Gebrauch. Auch mußte bis dahin das warme Wasser für die Spülküche von weitem hergeschleppt werden.

Von reichsdeutschen Anstalten berichtet zunächst Wiesloch über umfangreiche Neu- und Umbauten, die es durch zahlreiche Pläne illustriert. An den von der Firma Maquet gelieferten Betten sind durch ein autogenes Schweißverfahren alle loslösbaren Bestandteile, Schrauben, Vorsprünge und Rillen vermieden. Als Wandanstrich haben sich Mackein und Rockenit bewährt. Die Abortsitze sind ganz aus einem Stück weißglasierten Feuertones, ohne Holzbrillen, hergestellt.

Landsberg bringt zwei Aufnahmen seines neuen Hauses für 80 kriminelle Kranke und des Aufnahmehauses für 60 Kranke.

Friedrichsberg hat sich 1909 Arbeitsgelegenheit für serologische und experimentalpsychologische Untersuchungen geschaffen.

Wiesloch vervollständigte 1908 die Einrichtung seines psychophysischen Laboratoriums durch einen Apparat zur dreidimensionalen Analyse von Bewegungen der Hände nach Sommer.

Der Bericht der Erziehungsanstalt „Bethlehemstiftung", der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische und der Idiotenbildungsanstalt „Wilhelmstift" zu Potsdam bringt einen Rückblick auf die letzten vier Jahre.

Diese drei Anstalten mit zusammen 1060 Köpfen bilden einen eigenartigen neuen Versuch in der Fürsorgeerziehung, und wird darüber später noch des genaueren zu berichten sein. Noch ein anderes Spezialinstitut in Brandenburg, die Heilstätte „Waldfrieden" (für Alkoholkranke) bei Fürstenwalde a. d. Oder bringt anläßlich ihres zehnjährigen Bestehens einen mit trefflichen Bildern ausgestatteten Bericht, über den noch später im Kapitel über den Alkohol näheres gesagt werden wird.

Kaufbeuren hat 1908 fertiggestellt: ein Leichenhaus, ein Ärztewohnhaus, zwei Anbauten auf der Männer- und Frauenabteilung, einen Kohlenschuppen, einen Dampfkamin. Die Kosten betrugen einschließlich der inneren Einrichtung 450100 M.

Am 26. Mai 1909 konnte Haus Schönow auf ein zehnjähriges Bestehen zurückblicken. In dieser Zeit hat sich die Gründung von Heinrich Laehr ständig weiter entwickelt und konnten im Jahre 1910 872 Kranke mit 44175 Verpflegungstagen behandelt werden. Durch die private Beihilfe weiter Kreise ist eine in seiner Art mustergültige und vielfach von Studienkommissionen besuchte Anstalt für Nervenkranke geschaffen worden, an der außer dem jetzigen Direktor ein Oberarzt und drei Assistenzärzte wirken, letztere sind meist abkommandierte Militärärzte. Als Erholungsheim mit besonders intensiver Beschäftigung in der Gartenkultur dient die Filiale Birkenhof unter der Leitung einer Dame.

In der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift erschien in Nr. 25 (1911) die Geschichte und der Bau der Fürstlich Lippeschen Heil- und Pflegeanstalt „Lindenhaus" mit mehreren Abbildungen. Es ist wunderbar, wie die heutigen modernen Anschauungen von der fürstlichen Gründerin vor 100 Jahren geahnt, ja sogar in die Wirklichkeit umgesetzt wurden. Ich muß es mir versagen, hier näher darauf einzugehen. Schließlich sei noch erwähnt, daß der Bau der ungarischen Anstalt in Kecskekemét im Kolonialsystem „wegen Unzulänglichkeit des zu Gebote stehenden Kredits ins Stocken geriet und derzeit stille steht".

Damit wäre die Reihe der größeren Neubauten, soweit sie in den Berichten enthalten und in dem Breslerschen Werk nicht angeführt sind, erledigt. Aber auch in allen anderen Anstalten herrscht eine mehr oder minder rege Bautätigkeit, bedingt durch die steigende Zahl der Aufnahme heischenden Kranken. Manche Anstalt, kaum fertig, ist schon wieder zu klein, wie z. B. vom St. Jürgen-Asyl bei Bremen 1909 geklagt wird. Es handelt sich dabei ja nicht nur um die Vergrößerung der Belagsziffer, sondern es wachsen auch im selben Grade die Anforderungen an den Wirtschaftsbetrieb; da werden die Kücheneinrichtungen zu klein, die Kessel für 800 Portionen bestimmt, können nicht 1000 liefern; dann meldet sich die Waschanstalt. Wenn die Anstalt zur ausschließlichen Verwendung weißer Wäsche, besonders bei den Bettlägerigen übergeht, steigt die Zahl der zu reinigenden Stücke um fast ein Drittel. Schließlich kann das Maschinenhaus den gesteigerten Anforderungen an Licht-, Dampf- und Krafterzeugung nicht mehr gerecht werden. Aber noch nicht genug damit, da kommen noch die Ärzte in steigender Zahl und wünschen Familienwohnungen, auch für das Pflegepersonal sollen sie bereitgestellt sein, und über alledem dürfen die laufenden Reparaturen nicht vergessen werden! Ich glaube, daß die Bewältigung der Schwierigkeiten, mit den bewilligten Mitteln auch nur einigermaßen den Bauanforderungen gerecht zu werden, manchem Direktor mehr Sorgen bereitet, als die Behandlung der Kranken selbst. Wenigstens scheint dies manchmal zwischen den Zeilen ausgedrückt zu sein.

So wichtig daher die Lösung dieser Probleme für die einzelnen Anstalten sein mag, so wenig dürfte es sich doch hier als notwendig erweisen, genauer darauf einzugehen. Ich greife daher nur einige Punkte heraus, die vermutlich ein allgemeines Interesse beanspruchen, auf die Gefahr hin, dem Experten nichts Neues und den sich nicht dafür Interessierenden nichts besonders Wichtiges zu bringen. Die Frage, ob völlig gitterlose Bauten allen Anforderungen entsprechen, wurde schon gestreift. Eine weitere Frage ist die nach dem besten Fußbodenbelag. Zweifellos sieht das Eichenparkett am besten aus und wird im Göttinger Bericht der brauchbarste genannt, doch ist es in der Herstellung am teuersten, erfordert die meiste Arbeit zur Reinhaltung, was bei unserem oft knappen Pflegepersonal immerhin in Frage kommt, ferner schließt es doch auf die Dauer nicht alle Fugen aus, wenn es nicht sehr sorgfältig gelegt wird und der Untergrund nicht absolut „steht". Dann ist oft die Glätte, verhängnisvoll, namentlich auf Unruhigen-Abteilungen, weil der Pfleger in seinen Schuhen leichter ausgleitet als der auf bloßen Füßen stehende Kranke, ebenso auf den Siechen-Abteilungen für die nur unsicher tappenden Leute. In den älteren Anstalten sieht man bisweilen Fußböden aus langen Eichen- oder Tannenriemenbrettern, die allen Stürmen getrotzt haben, die jede Behandlung vertragen, die leicht zu reinigen sind, immer noch gut aussehen und wenig Reparatur bedürfen. Ob unsere neuen Fußböden dasselbe leisten werden?

Sehr viel benutzt wird ferner Linoleumbelag, der zwar auch den Übelstand der Glätte besitzt, aber viel weniger Pflege bedarf und leicht zu ergänzen ist. Soll er glatt liegen, so muß die Unterlage möglichst fest sein. In vielen Fällen werden, um ein Durchdrücken zu vermeiden, noch Glas- oder Holzplättchen unter die Bettfüße gestellt. Man findet bisweilen ein altes Linoleum, das unverwüstlich ist, aber leider wird es angeblich nicht mehr hergestellt.

Für Nebenräume dient meist Terrazzo, Plättchenbelag oder Asphalt.

Viel Sorgfalt wird auch auf die Ausstattung der Badewannen und Bäder gelegt. Schussenried hat 1908 Betonbadewannen mit Plättchenbelag bekommen. In Zschadraß haben sich die Zementwannen nicht bewährt, und geht man zu eisernen emaillierten Wannen über, wenn auch die Feuertonwannen die besten, aber dabei teuersten Wannen sind. Stephansfeld hat „eine Vorrichtung, welche ein Ansteigen der Temperatur des zufließenden Wassers über 50°" verhindern soll. Salzburg hat einen zentralen Zufluß durch einen Körtingschen Mischhahn erhalten, der aber wenig befriedigt, ebenso wie die neue Boileranlage, die dem alten Warmwasserkessel unterlegen ist. Manche Anstalten legen besonderen Wert auf gefälliges Äußere der Baderäume,

da viele Kranke sich ja den ganzen Tag über dort aufhalten.

Die feuchten Wände wurden in Stephansfeld mit Wunnerschem Isoliermörtel abgedichtet.

Über Lagerung der Kranken berichtet Schleswig, daß es statt der zweiten Seegrasmatratze sich selbst Lattenmatratzen herstellt. „Sie bestehen aus gewöhnlichen, aufrechtstehenden, halbierten Sprungfedern von nur vier Gängen, die in einem Holzrahmen befestigt und oben querüber mit Bandeisenschienen verbunden sind. Die Verbindung der Federn in der Längsrichtung ist durch nebeneinander liegende dünne Holzlatten hergestellt. Der Selbstkostenpreis beträgt nur 6 Mark."

In Württemberg werden die Strohsäcke nach Möglichkeit durch Stahldrahtmatratzen ersetzt.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Abwehr der Presse-Angriffe.*)

Von Oberarzt Dr. *Bernh. Beyer*, Bayreuth-Herzoghöhe.

Im Anschluß an den Artikel des Herrn Geheimrat Siemens in Nr. 36 v. Jahrg. dieser Wochenschrift seien mir einige Bemerkungen gestattet.

Ich habe im Verlaufe der letzten zwei Jahre die ganze antipsychiatrische Bewegung von ihren Anfängen an studiert, habe annähernd 100 Broschüren bearbeitet, eine Anzahl von „Fällen" an der Hand der Akten nachgeprüft und hauptsächlich auch dem Verhalten der Presse meine Aufmerksamkeit geschenkt; mit mehreren von unseren Gegnern habe ich in Korrespondenz gestanden. Das Resultat meiner Arbeiten habe ich in einem umfangreichen Werke niedergelegt. Ich halte mich auf Grund meiner so gewonnenen Erfahrungen für berechtigt, einige Vorschläge in bezug auf die von der Standeskommission angeregte Frage zu machen.

Von einem Rechts-Bureau verspreche ich mir sehr wenig. Es ist auch früher schon wiederholt von den Angegriffenen Klageantrag gestellt worden, eine Verurteilung der Presse aber ist, weil sie angeblich „in Wahrung berechtigter Interessen" gehandelt hatte, gar manchmal nicht erfolgt und der Kläger hatte die Kosten zu zahlen; Broschürenschreiber sind wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen worden, und abermals hatte der Kläger die Kosten zu tragen; nur selten ist eine Verurteilung erfolgt und dann oft auch nur zu geringer Geldstrafe, so daß sich der Betroffene formell als Freigesprochener fühlte.

Eine Beleidigungsklage ist schon deshalb nicht besonders zu empfehlen, weil in der Verhandlung alles darauf zugeschnitten ist, daß der Angeklagte den Wahrheitsbeweis für seine Behauptung erbringt. Dabei verdreht sich die Sachlage häufiger so, daß der Kläger der Angeklagte ist, daß ein ganz schiefes Bild von der Affäre entsteht und der eigentliche Angeklagte als Triumphator aus der ersten Verhandlung hervorgeht; erst die Berufungsinstanz, die auch nicht immer angerufen wird, würde dann eventuell zur richtigen Erkenntnis gelangen. Aus diesem Grunde haben es viele Kollegen mit vollem Recht unterlassen, Klageantrag zu stellen. Ebenso würde es werden, wenn der Verein als solcher vorgeht. Klage ist nur in ganz besonders eklatanten Fällen angebracht.

Andererseits kann und darf der Deutsche Verein für Psychiatrie die Angriffe der Presse nicht ignorieren. Über ihren Einfluß kann man eben heutzutage nicht mehr ungestraft hinwegsehen. Wenn auch der angegriffene Herr Kollege X. sich durch die Anwürfe nicht beleidigt fühlt, mich aber genieren die gegen ihn gerichteten Beschuldigungen, und vielleicht den Herrn Kollegen Y., jedenfalls aber die Gesamtheit der Irrenärzte schädigen sie in ganz intensiver Weise.

Wohin das stolze Ignorieren führen muß, die Erfahrung haben in letzter Zeit die Kollegen in Österreich machen müssen, wo in dem Vorentwurf zur neuen Irrengesetzgebung die Psychiater von der Sachverständigen-Tätigkeit in Entmündigungsfällen so gut wie ausgeschlossen sind; das haben uns seinerzeit die Angriffe des Pastors Stöcker im Preußischen Abgeordnetenhause und die früher fast in jedem Jahre wiederholten scharfen Attacken Lenzmanns im Reichstage gezeigt, die fast alle Redner, mit Ausnahme einiger Ärzte, auf ihrer Seite hatten; und das werden wir bei einer in absehbarer Zeit sicher wieder auftauchenden Reichsirrengesetzgebung abermals erleben. Ich habe mich in Grund und Boden geschämt, als ich die stenographischen Verhandlungsberichte las.

Den Abgeordneten kann man gar keine so großen Vorwürfe machen, wenn sie Zeitungsberichte und

*) Das Erscheinen dieses vor einigen Monaten bereits an die Redaktion eingesandten Artikels wurde durch äußere Ursachen verzögert.

sonstige Nachrichten, die von den Angegriffenen keine Widerlegung erfahren haben, als auf Wahrheit beruhend hinnahmen. Aus denselben Gründen haben manche Broschürenschreiber (z. B. Fr. Kretzschmar, Die Irrenfrage am Ausgange des 19. Jahrhunderts) im guten Glauben eine Sammlung der angeblich vorgekommenen unrechtmäßigen „Internierungen" veröffentlicht. Es war ja nirgends eine Richtigstellung der Fälle erfolgt.

Darin liegt meiner Ansicht nach die Hauptschuld der Psychiater, daß sie sich von vornherein zu apathisch verhalten, jedenfalls nicht in ausreichender Weise für Aufklärung gesorgt und dadurch erst die ganze antipsychiatrische Bewegung großgezogen haben. Einen Teil der Schuld haben auch die Regierungen, welche ihre angegriffenen Anstalten nicht genügend öffentlich verteidigt haben. Vielfach hat man sich damit begnügt, eine interne Untersuchung zu veranstalten und dann der Öffentlichkeit mitzuteilen, daß alles in Ordnung sei. Damit konnte sich aber das aufs höchste beunruhigte Publikum nie und nimmer begnügen, es wollte genauere Aufklärungen. Das Vertrauen zu den Behörden ist eben durch verschiedene Vorkommnisse anderer Art gewaltig erschüttert worden.

So blieb bis auf den heutigen Tag eine Spannung, ein ungeheures Mißtrauen zwischen Publikum und Irrenanstalten. Man unterschätze beileibe nicht die Wirkung der gegen uns gerichteten Bewegung! Das ganze deutsche Volk fast ist der Überzeugung, daß viele Unrechtmäßigkeiten vorgekommen sind und noch vorkommen. Ich weiß, daß sogar viele Psychiater einen ganz leisen Verdacht in manchen Fällen nicht von der Hand weisen. Und doch würden alle überrascht sein, wenn sie das wahre Bild der ihnen durch die Presse bekannt gewordenen Fälle kennen lernten, die meistens verblüffend klar und übersichtlich sind.

Ich meine: die Öffentlichkeit hat überhaupt einen Anspruch darauf, von uns aufgeklärt zu werden, und kann uns mit Recht bittere Vorwürfe machen, wenn sie erfahren muß, wie sehr sie sich dank der Apathie der Irrenärzte von den falschen Aposteln hat irreführen lassen.

Es ist nicht richtig, daß nur untergeordnete Blätter die uns berührenden Sensationsnachrichten bringen. In neuester Zeit gingen wieder derartige Alarmnachrichten durch fast alle Blätter. Ich selbst habe erst vor einigen Tagen ein und dieselbe Notiz in einer unabhängigen Wiener und in einer nationalliberalen Zeitung Mecklenburgs gelesen. Wie hätte es sonst auch wohl geschehen können, daß seinerzeit im Reichstage die Abgeordneten aller Parteirichtungen gegen uns Stellung nahmen? Und wenn es auch einmal nur „radikale" Zeitungen sind, welche „sensationelle Enthüllungen" bringen, so haben wir Psychiater doch durchaus nicht das Recht, diese eventuell wegen ihrer politischen Richtung zu ignorieren.

Paul Förster, den Herr Direktor Vocke zitiert, hat von seinem Standpunkte aus gar nicht so unrecht, wenn er den Fall Feldmann wieder aufwärmt. Die Literatur, aus welcher er schöpft, sind die antipsychiatrischen Broschüren: Warum sorgen denn die Irrenärzte nicht dafür, daß die betreffenden Pamphlete voller Lügen und Verleumdungen aus der Welt verschwinden?! Aus der Tatsache allein, daß sie immer noch im Buchhandel zu haben sind, kann Förster doch schon eine gewisse Berechtigung für seine Anschauung entnehmen. Wo soll er sich auch wohl sonst informieren? Die psychiatrischen Zeitschriften kennt er nicht, findet auch nicht viel darin, was ihm verständlich wäre und den Laien die Überzeugung von der Geisteskrankheit des Mannes erbrächte; die Akten schließlich werden von den betreffenden Instanzen an den Laien nicht ausgeliefert.

Meine Vorschläge gehen deshalb dahin: Es wird eine Kommission von drei Psychiatern eingesetzt, welche jeden Fall, der in der Presse erörtert wird, nachzuprüfen hat. Einer dieser drei Kollegen, der Vorsitzende der Kommission, steht mit einem Zeitungsnachrichten-Bureau in Verbindung und verteilt die nachzuprüfenden Fälle. Diese Kommission unterhält eine stete Verbindung mit dem angesehensten Standesverein der Presse und der Journalisten und sucht durch dessen Vermittlung dahin zu wirken, daß die Zeitungen, bevor sie über einen Fall berichten, bei der Kommission Informationen einholen. Etwaige falsche Nachrichten werden berichtigt und in geeigneten Fällen vom Deutschen Verein für Psychiatrie Klageantrag gestellt.

Diese Kommission darf sich natürlich nicht damit begnügen, den betreffenden Zeitungen einfach eine Notiz zukommen zu lassen: daß die Veröffentlichungen falsch seien und daß es sich doch um einen sehr schwer geisteskranken Menschen handle; damit wird nach meinen Erfahrungen nichts erreicht, und darauf sind wohl auch die bisherigen Mißerfolge größtenteils zu schieben: Es müssen übersichtliche und für Laien verständliche Einzelheiten aus der Krankengeschichte veröffentlicht werden, wenn diese auch für die früheren Anstaltsinsassen unter Umständen recht unangenehm sind. Mit ewigen Rücksichtnahmen kommen wir nicht weit, wie wir gesehen haben. Wir haben auch eine Pflicht

gegen uns selber zu erfüllen. Und schließlich ist es immer noch besser, daß ein Geisteskranker in der Öffentlichkeit etwas diskreditiert wird, als daß die Gesamtheit der deutschen Staatsbürger schließlich unter einem schlechten Irrengesetz leiden muß. Wenn wir erst wieder das Vertrauen unserer Mitbürger genießen, dann können wir uns auch wieder in das sicher den meisten angenehmere stolze Schweigen hüllen.

Die angegriffenen Irrenärzte sind andererseits vollauf befugt, zu ihrer Rechtfertigung das Material herzugeben. § 300 StGB. bezweckt absolut nicht, daß wir wehrlos und schutzlos den Machenschaften früherer Patienten ausgeliefert sein sollen. Daß der frühere Anstalts-Insasse ein Geisteskranker ist, kommt eventuell nur dann in Betracht, wenn seine Veröffentlichungen an und für sich schon derart sind, daß jeder Laie auf den ersten Blick die Geistesbeschaffenheit des Autors erkennt und so der gewollte Effekt ausbleibt. Selbst wenn ein Presse-Angriff einmal ohne Zutun des Geisteskranken selbst — was übrigens sehr selten ist — erfolgt, auch dann ist der angegriffene Arzt befugt, in der erforderlichen Weise sich zu rechtfertigen und dafür zu sorgen, daß er nicht materiell und ideell geschädigt wird.

Ich kann es ja eventuell verstehen, wenn der einzelne Irrenarzt sich scheut, von sich aus das Material zu veröffentlichen; daß dies aber von der Kommission im Namen des Deutschen Vereins für Psychiatrie geschieht, dagegen kann er auch vom moralischen Standpunkte aus absolut nichts einzuwenden haben.

Die Kommission hat auch dafür zu sorgen, daß Broschüren und sonstige Pamphlete aus dem Buchhandel verschwinden, beschlagnahmt werden etc. Auch nach der Richtung hin müßte sie wirken, daß die Journalisten sich möglichst an der Hand eigener Beobachtungen über Anstaltsverhältnisse im allgemeinen orientieren und für etwaige Mißstände nicht gleich die Irrenärzte verantwortlich machen.

Ich glaube, daß wir auf diese Weise die Presse schon bald ganz gut erziehen können. Jedenfalls können dann die Zeitungen bei einer eventuellen Klage auch nicht mehr Wahrung berechtigter Interessen gelten machen, wenn es ihnen leicht möglich gewesen wäre, sich über den betreffenden Fall zu informieren.

Daß Berlin gerade der Sitz der Kommission sein soll, halte ich aus verschiedenen Gründen für unangebracht. Es wäre vorteilhafter, wenn die Mitglieder in verschiedenen Teilen Deutschlands ihren Sitz hätten, weil sie Land und Leute besser kennen.

Wenn wir nur ein Rechtsschutz-Bureau einrichten und es dem einzelnen überlassen zu klagen, so bleibt alles beim Alten. Wir müssen ganze Arbeit machen und keine halbe.

Die vom Verlage Carl Marhold auf Anregung des Herrn Dr. Bresler in dankenswerter Weise eingeführte „Psychiatrische Korrespondenz“ wird auch der von mir vorgeschlagenen Kommission sehr zustatten kommen.

Mitteilungen.

— **Die neue Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg bei Kleve** hat am 10. Oktober die ersten Kranken aufgenommen. Mit einem Sonderzuge kamen 100 geisteskranke Männer und 50 geisteskranke Frauen aus der Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg auf dem eigens für die neue Anstalt erbauten Staatsbahnhof Hau an. Die Anstalt ist noch nicht vollständig fertiggestellt, aber ein Rundgang zeigt schon jetzt eine Anlage, die an Umfang und Großartigkeit wohl einzig in ihrer Art dasteht. In einem Waldkomplex von rund 300 Morgen erhebt sich eine neue Stadt, die an 100 große Gebäude und mehr als 3000 Einwohner zählen wird und mit den neuesten Einrichtungen ausgestattet ist: Elektrizitätswerk, Wasserwerk, Schlachthof, Straßenbahn, Staatsbahnhof, Kirche, Festsaalgebäude, zentrales Fernheizwerk, breite Straßen und Brücken, Parkanlagen und Spazierwege. Besonderes Interesse erweckt das Kessel- und Maschinenhaus. Dort liefern zehn Zweiflammrohrkessel, denen die Kohlen durch eine mechanische Kohlenbeschickungsanlage zugeführt werden, den nötigen Dampf, um zwei 600 pferdige Dampfmaschinen zur Herstellung der Elektrizität für Licht- und Kraftzwecke zu treiben und zugleich die nötige Wärme zur Beheizung der ganzen Anstalt zu liefern. Von zwei Gutshöfen aus werden 600 Morgen Wiese und Ackerland bewirtschaftet; es können 160 Stück Rindvieh und 400 Schweine untergebracht werden. Diese Acker- und Viehwirtschaft soll auch alles Fleisch und alle Milch für die Ernährung der Insassen der Anstalt liefern. Die Krankengebäude liegen unregelmäßig gruppiert und voneinander etwa 30 m entfernt im Walde. Der bisher für solche Anlagen übliche reine „Pavillonstil“, wonach das einzelne Krankengebäude völlig das Aussehen einer ländlichen Villa für etwa 30 bis 40 Kranke hatte, ist insofern verlassen worden, als die einzelnen Gebäude für 80 bis 100 Kranke bestimmt sind. Während

die Krankengebäude im allgemeinen nicht von Gittern und Mauern umgeben sind, liegt etwas abseits, von einer hohen Mauer eingeschlossen, das mit Eisengittern versehene „Bewahrungshaus für irre Verbrecher". — Der neuen Anstalt seien aus Anlaß des Beginns ihrer Tätigkeit die besten Glückwünsche dargebracht. Red.

Referate.

— Heller, Fritz, Über Pathologie und Therapie der Epilepsie im Altertum. Inaugural-Dissertation. Berlin, E. Ebering, 1911.

Verf. gibt einen recht kurzen Auszug der Arbeiten des Hippokrates und Celsus über die Epilepsie, streift des Plinius und des Alexander von Tralles Lehren und bringt die Übersetzung einer Abhandlung des Galen, der in Form eines Briefes Ratschläge für die Behandlung eines epileptischen Knaben erteilt, die sich namentlich auf die Diät beziehen.

G. Ilberg.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Bedburg** bei Cleve. An der am 10. Oktober in Betrieb genommenen neuen Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt sind angestellt Direktor Dr. Flügge, Dr. Wiehl (aus Bonn), Dr. Beyerhaus (aus Grafenberg), Dr. Werner (aus Andernach).

— **Chemnitz.** Zum Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke wurde ernannt Professor Dr. Weber, bisher Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Göttingen.

Dieser Nummer liegt je ein Prospekt der Firmen

E. Merck, Darmstadt, betr. „Antithyreoidin-Moebius" und Wilhelm Engelmann, Verlagsbuchhandlung Leipzig

bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser hierdurch bestens empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 32. 4. November **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Entwicklung der familiären Irrenpflege Norwegens. Eine Übersicht. (S. 317.) — Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. G. Werner in Bedburg bei Cleve. (Fortsetzung.) (S. 319.) — Mitteilungen (S. 324): Lindenhaus bei Brake. — Personalnachrichten (S. 324).

Die Entwicklung der familiären Irrenpflege Norwegens. Eine Übersicht.*)

Herrn Direktor Dr. Konrad Alt, Uchtspringe.

In Ihrer Abhandlung „Über familiäre Irrenpflege" (1899) haben Sie auch die entsprechenden Verhältnisse Norwegens kurz berührt. Da ich mit großem Interesse sowohl diese als auch Ihre späteren Publikationen über dasselbe Thema bis 1907 gelesen, sei es mir gestattet, Ihnen mitzuteilen, daß in meinem Vaterlande Norwegen — außer einer fam. Irrenpflege nach „schottischem" Muster, s. u. — eine solche schon seit 38 Jahren auch an Irrenanstalten angegliedert ist. So veranlaßte im Jahre 1873 der Direktor Ole Sandberg (gest. 1883) eine solche Unterbringung von Patienten aus der von ihm geleiteten Staatsanstalt Gannstad bei Kristiania unter Kontrolle der Anstaltsärzte; nach einer Angabe des jetzigen Direktors, Herrn H. Lindboe, standen von den im Jahre 1910 in Familien verpflegten Kranken 21 Männer und 39 Frauen unter Kontrolle der Anstalt. Diese sind in sechs verschiedenen Kolonien auf größeren Bauernhöfen angebracht — die kleinste derselben hat 3, die größte 18 Patienten; zwei haben nur männliche, die übrigen vier nur weibliche Kranke. — Desgleichen wurde die familiäre Irrenpflege auch von der Staatsanstalt „Rotvold" nahe Drontheim in 1880 etabliert. Es waren der Anstaltsdirektor J. A. Selmer und sein damaliger Hilfsarzt M. Holmboe, welche dazu geeignete Kranken bei Bauernfamilien in der Umgegend der Anstalt in Pflege gaben. Diese Familien wohnen ein bis zwei Stunden entfernt, und ihre Pfleglinge stehen unter regelmäßiger Aufsicht der Anstaltsärzte. Zurzeit sind 80 Patienten auf diese Weise versorgt. Außerdem hat die Anstalt seit 1895 in ihrer unmittelbaren Nähe eine Kolonie für 15 Kranke eingerichtet; die Pflege ist hier einem verheirateten, ehemaligen Wärter der Anstalt anvertraut, der mit seiner Familie hierselbst wohnt. Auch an der neuesten Staatsanstalt „Rönvik" bei Bodö und der kolonialen Provinzanstalt („Amtsasyl") „Sanderud" bei Hamor ist die familiäre Irrenpflege unter anstaltsärztlicher Kontrolle eingerichtet.

Wie oben angedeutet, besteht in Norwegen auch eine Familienpflege zunächst nach „schottischem System" schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Darüber ist folgendes zu bemerken. Durch das Irrengesetz*) vom 17. August 1848 wurden die Lebensbedingungen der Geisteskranken, welche bis dahin ganz und gar der Willkürlichkeit**) preisgegeben waren, gesetzlich geregelt. So wurden dadurch bestimmte Vorschriften gegeben für die Errichtung und Administration von Irrenanstalten, für die Aufnahme der Geisteskranken und deren Entlassung, weiter für das Verbleiben der Patienten bei ihrer Familie oder deren Unterbringung bei Fremden. Endlich wurde es u. a. festgesetzt, daß die Pflegekosten der armen Geisteskranken, deren Zustand zufolge ärztlichem Gutachten eine von der gewöhnlichen Armenverpflegung verschiedene Behandlung erfordere, von der Provinzial- („Amts"-) oder Stadtkommune übernommen werden sollten. Die ihnen hierdurch eingeräumte Kontrolle

*) Von Herrn Prof. Dr. Alt-Uchtspringe der Redaktion zur Drucklegung überlassen, wofür an dieser Stelle bestens gedankt sei. Red.

*) Als dessen primus motor muß der norwegische Irrenarzt Hermann W. Major, geb. 1814, gest. 1854, genannt werden, einer der wirksamsten Vorkämpfer der Entwicklung der Irrenpflege Norwegens (cf. Oberarzt H. Dedichen: „Hermann Major og Sindshygeloven" i „Tidskr. f. d. n. Lageforening" 1898).

**) Cf. die Berichte von Prof. F. Holst (1827) und H. Major (1846).

der Qualität der Verpflegung der außerhalb der Anstalt versorgten Kranken übten die Behörden durch die öffentlich angestellten Ärzte („Distriktsärzte") aus, welche „mindestens einmal des Jahres" die in den Distrikten, gewöhnlich bei Bauernfamilien, verpflegten Geisteskranken zu inspizieren und über den Zustand derselben zu berichten hatten. Schon nach zehn Jahren fingen indessen die Provinzialversammlungen („Amtsting") an, sich über die drückenden Kosten der Irrenpflege zu beklagen,*) aber erst durch Gesetz vom 27. Juni 1891 wurde eine Entlastung derselben herbeigeführt, indem die Staatskasse $^4/_{10}$ der Kosten übernahm. Weiter wurde jedem „Amt" ein sachverständiger Arzt als Konsulent beigegeben, welcher in zweifelhaften Fällen zu untersuchen hat, inwiefern ein armer Kranksinniger einer besonderen Behandlung und Verpflegung bedürfe. Übrigens sind, wie oben berührt, alle dieser Kategorie angehörigen Kranken, falls sie nicht in Anstalten überführt werden, im allgemeinen auf mittelgroßen Bauernhöfen untergebracht, wo sie soweit möglich als Mitglieder der Familie behandelt werden. Bei der Unterbringung schließt die Heimatskommune des Kranken einen Kontrakt mit dem Oberpfleger, nachdem zuvor der Distriktsarzt die Verpflegungsstelle inspiziert und geeignet befunden hat; letzterer muß auch den Kontrakt begutachten, bevor derselbe der Amtsbehörde („Amtmanden") zur definitiven Approbation überlassen wird. Wenn die Pflegefamilie die gestellten Forderungen nicht erfüllt, kann der Kontrakt ohne weiteres von der Amtsbehörde aufgehoben werden. Das jährliche Pflegegeld für einen Kranken beträgt durchschnittlich 250 bis 350 M.; es wird ihm dabei außer Kost und Wohnung auch Bekleidung und Aufsicht zuteil, während er bei interkurrenten Krankheiten vom Kommunalarzt behandelt wird, jedoch nicht auf Kosten des Pflegers. Die eigentliche Pflegekontrolle wird dagegen vom Distriktsarzte ausgeübt. Nach Mitteilung des Herrn Medizinal-Direktor M. Holmboe betrug die Zahl der so verpflegten Irren im Jahre 1902 **2500**, in 1907 **3300**.

Dieses System, Unterbringung eines bis zweier dazu geeigneter Kranker bei einer geeigneten Pflegerfamilie, hat auch in Norwegen die allgemeine Anerkennung aller Sachverständigen gewonnen. Es wird aber doch immer schwerer, besonders im südlichen und östlichen Landesteile, Geisteskranke einzeln in familiärer Pflege unterzubringen. Die Ursachen hierzu können verschiedener Art sein. Nach Angabe des Herrn Medizinal-Direktor M. Holmboe in seinen Abhandlungen: „Om Sindshygepleien i Norge etc." (1905) und: „Den offentlige Sindshygepleie" (1909) beobachtet man beim Publikum eine stets zunehmende Abneigung dagegen, Geisteskranke zu Hause zu haben. Erstens, weil die Verpflegungskosten für die Kranken des sinkenden Geldeswertes wegen nicht mehr dieselbe Rolle im täglichen Haushalte spielen wie zuvor. Zweitens, weil die Arbeitskräfte in den Landdistrikten sowohl spärlicher als kostspieliger geworden sind; die ländliche Jugend sucht sich Dienst in den Städten oder wandert nach Amerika aus, und den Zurückbleibenden fehlt die Zeit, solche Kranken zu beaufsichtigen. Dagegen übernahmen (cf. M. Holmboe l. c.) seit Mitte der 1890er Jahre einzelne Pfleger, um größere Einnahmen zu machen, die Verpflegung mehrerer, bis zu 30, Kranksinniger auf ein und demselben Hofe; die „Anstaltsnot" brachte es mit sich, daß sie dabei auch Kranke nahmen, welche besser in die Anstalten gehörten. Es versteht sich von selbst, daß in diesen, mit Unrecht als „Kolonien" bezeichneten Pflegestellen Mißbräuche verschiedener Art entstehen konnten, und die Medizinalbehörden sahen sich daher im Jahre 1901 genötigt, die Vorschriften für diese „Kolonien" zu verschärfen. Die wachsende Animosität gegen diese Pflegeverhältnisse veranlaßte indessen „Akershus Amt", wo der „Kolonien"-Unfug besonders gedieh, dazu, die Errichtung eines kolonialen Landesasyls in Erwägung zu ziehen, und im Jahre 1902 bewilligte „Akershus Amtsting" die nötigen Mittel zum Bau einer solchen Anstalt. Dieses erste „Amtsasyl" Norwegens wurde im Jahre 1904 in Betrieb genommen; es ist gebaut auf dem für diesen Zweck angekauften Landgute „Blakstad", zwei Stunden von der Hauptstadt Kristiania entfernt, „vorwiegend nach dem Alt-Scherbitzer Systeme, aber den eigentümlichen Verhältnissen unseres Landes angepaßt und danach modifiziert" (M. Holmboe l. c.). Mehrere „Ämter" ahmten dem von Akershus gegebenen Beispiel nach, und im Jahre 1910 hatten wir bei uns vier fertig gebaute „Amtsasyle" mit im ganzen 600 Krankenplätzen. Jetzt (1911) haben außerdem fünf „Ämter" die nötige Summe zur Errichtung der gleichen Anstalten bewilligt, und aller Wahrscheinlichkeit nach werden mehrere derselben dem Exempel des oben erwähnten „Amtsasyls" „Sanderud" folgen und eine familiäre Irrenpflege, von der Anstalt kontrolliert, in ihrer Gegend zu etablieren suchen.

Hauge i Dalene, Norwegen, am 1. September 1911.

Hochachtungsvoll

C. Wingard, Distriktsarzt.

*) Cf. „Ludwig Dahl: Bidrag til Kundskoben om de Sindshyge i Norge" (1859), pag. 302.

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Viel erörtert ist auch die Beleuchtungsfrage. Bayreuth ist 1908 vom Petroleumlicht direkt zum elektrischen Licht übergegangen. Sachsen berichtet über seine Erfahrungen mit Osram-, Bergmann-, Wolfram-, Tantal- und Nernst-Lampen. Alle verbreiten ein gutes Licht, doch ist bald der Anschaffungspreis sehr hoch, bald verbrauchen sie zuviel Strom, bald sind sie zu empfindlich gegenüber der Behandlung, so daß die Versuche doch nicht ganz zu befriedigen scheinen.

Pforzheim hat an Stelle des Gas-Schnittbrenners hängende Grätzinlampen eingeführt, die bis 50% Gasersparnis bringen sollen. Einige Anstalten haben auf den Unruhigen-Abteilungen Deckenbeleuchtung, was als sehr angenehm empfunden wird. Mehrfach haben Nachtwachabteilungen, die mit elektrischem Licht versehen sind, Vorrichtungen zum Halbstellen der Lichtstärken erhalten.

Was nun die äußere Ausstattung anbelangt, so sind die älteren Anstalten alle bemüht, den „festungs- oder gefängnisartigen" Eindruck zu beseitigen. Die hohen Gartenmauern werden niedergelegt und durch niedrige Sockelmauern, denen meist Lattenzäune aufgesetzt werden, ersetzt, so daß das Ganze einen mehr parkartigen Eindruck macht. Lüben hat umfangreiche Pflanzungen mit Teufelszwirn oder Bocksdorn (lycium barbarum), das in Deutschland wild wächst, angelegt, welches in wenigen Jahren ein dichtes, dorniges Gewirr bildet, damit Durchstechereien, allzu großen Ein- und Ausblick verhindert, gute Nistgelegenheit für Singvögel bildet und ein gärtnerischer Schmuck ist.

Die Wiener Anstalt am Steinhof verwendet zu gleichem Zweck in den Gärten für Unruhige Ampelopsis Veitschi, für Halbruhige wilden Wein, für Ruhige Rainweide und Rankenrosen. Um den kahlen Eindruck einer neuen Anstalt zu vermeiden, wurden vor dem Bau der Anstalt Haar schon umfangreiche Anlagen für Obst- und Gemüsegärten, für Baumschulen, für die Gärtnerei und für die Gewächshäuser geschaffen und gleich in Betrieb gesetzt.

Die Abwässer werden teils durch Desinfektionszisternen durchgeleitet (Buch), teils durch biologische Kläranlagen geklärt (Alt-Strelitz, Alt-Scherbitz) Prov. Sachsen. Göttingen berichtet über seine Rieselfelder.

Die Quellenfindung hat bisweilen viele Schwierigkeiten bereitet. Neustadt hatte mit seinen Bohrungen auf Wasser guten Erfolg, „indem das vierte Bohrloch auf der von dem Herrn Landrat v. Bülow in dankenswerter Weise mittels der Wünschelrute festgestellten Stelle, östlich vom Festsaal, in 37 m Tiefe genügend Wasser liefert".

Sehr häufig wird schließlich mit Stolz die Vereinigung mehrerer kleiner Räume und Zellen zu einem größeren Raume erwähnt, doch sei auch der Bericht Osnabrücks zitiert, der mit dieser Umwandlung in größere Säle nicht recht einverstanden ist: „Ich muß gestehen, daß diese meist hallenartigen Säle auf mich immer einen trostlosen, unbehaglichen Eindruck gemacht haben. Wahrscheinlich gehe ich auch in der Vermutung nicht fehl, daß die meisten Irrenärzte, falls sie selbst eine Nacht in einer Anstalt zubringen müßten, eine selbst etwas antik gebliebene Zelle dem Aufenthalte in einem modernen Wachsaale entschieden vorziehen würden."

Gesundheitszustand.

Der Gesundheitszustand war nach den vorliegenden Berichten im allgemeinen ein guter. Es ist ja bekannt, daß sich die Geisteskranken meist einer recht guten körperlichen Gesundheit erfreuen, und ist daher der Satz mens sana in corpore sano bei unseren Kranken nicht ganz berechtigt. Über die Tuberkulose möchte ich dem bereits gesagten nichts hinzufügen. Von den Infektionskrankheiten, die in größerer oder geringerer Ausdehnung die Anstalten fast alljährlich heimsuchen, seien hier Influenza, Masern, Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus, Ruhr und Erysipel erwähnt. — Die Influenza verlief im allgemeinen ohne dauernde Schädigung. Neustadt berichtet jedoch 1909 über mehrere Frauen, die an Influenza mit hohen Temperaturen und Durchfällen erkrankten und wovon zwei starben. Die Sektion ergab eine schwere katarrhalische Entzündung des Dickdarms; bei einer Kranken fand sich außerdem eine ausgedehnte Geschwürsbildung im Dickdarm und Mastdarm. In den Monaten März und April 1908 herrschte ferner in Wiesloch eine schwere Influenzaepidemie „mit zahlreichen Komplikationen und lange sich hinziehendem Rekonvaleszenzstadium. Verschiedene Mittelohrkatarrhe, Neur-

algien, Muskelrheumatismen, Bronchialkatarrhe, Lungenaffektionen folgten nach; alte körperliche Schäden, die seit Jahren latent geblieben waren, lebten wieder auf; manche Kranke alterten sehr rasch. Durchweg konnte eine Verschlimmerung des psychischen Befindens konstatiert werden; es schlossen sich starke Erregungszustände an; als charakteristisch ist die große Reizbarkeit der Kranken zu erwähnen." In derselben Anstalt steckte eine an Angina follicularis erkrankte Wärterin ihre sämtlichen Mitwärterinnen im Hause an.

In Hubertusburg zeigte sich 1907 auf der Abteilung für schwachsinnige weibliche Kranke eine hartnäckige Endemie von Impetigo, die 53% des ganzen Bestandes betraf, jedoch schließlich beseitigt wurde.

Eine recht unangenehme Nebenwirkung der Dauerbäder ist die oft auftretende Furunkulose, welche dem Pflegepersonal durch die notwendige häufige Desinfektion der Wannen, den Ärzten durch die zahlreichen Verbände viele Arbeit und Mühe macht. In Salzburg traten nach Dauerbädern bisweilen Ohrentzündungen auf. Ein Fall endete leider tödlich.

Auch die Pneumonie forderte in vielen Anstalten ihre Opfer. Auffallend war es in Salzburg während einer bösartigen Endemie, daß sie nur in den Häusern und Räumen auftrat, welche den Schwefeldämpfen einer benachbarten Zündholzfabrik ausgesetzt waren.

In Allenberg wurden 1908 bei einem Kranken 14 Tage nach seiner Einlieferung Pocken festgestellt, auch erkrankte noch ein weiterer durch Übertragung an Pocken; beide Fälle heilten aber gut ab. Jedoch kamen im Mai des nächsten Jahres eine Reihe von fieberhaften Erkrankungen zur Beobachtung, die sich später als echte Pocken herausstellten. Anfang August kam es plötzlich zu einer Massenerkrankung, doch starb daran nur ein hinfälliger Paralytiker. Es erkrankten im ganzen Verlauf zwei Ärzte, sechs Pfleger, 31 männl. und 36 weibl. Kranke, im ganzen 76 Personen. Am 12. August wurden alle Insassen der Anstalt geimpft und acht Tage später trat keine Neuerkrankung mehr auf. Die Anstalt war vom 12. August bis 26. Sept. gesperrt.

Das Trachom scheint in Feldhof b. Graz ziemlich verbreitet gewesen zu sein. Es befinden sich dort 50 von Trachom geheilte Kranke, der Zuzug war gering. Die Behandlung lag in den Händen eines Professors, der als Konsiliarius für okulistische Fälle seit drei Jahren hinzugezogen wurde, jedoch 1908 dieses Amt niederlegen konnte. In Ungarn wurden 1909 insgesamt 84 Fälle von Trachom statistisch verzeichnet.

Auch in den Schweizer Anstalten sind einige Fälle erwähnt.

Ständig hat das Kinderheim Lewenberg bei Schwerin mit Diphtherieinfektionen zu kämpfen, so daß jetzt alle Eintretenden auf Diphtherie-, Ruhr- und Typhusbazillen untersucht werden, indem Rachenschleim und Kot an das Untersuchungsinstitut eingeschickt werden. Ein am 28. Mai 1909 aufgenommenes 16jähriges Mädchen, angeblich ganz gesund, hatte Diphtheriebazillen, erkrankte erst drei Wochen später und genas nach acht Tagen, konnte aber erst Mitte August für bazillenfrei erklärt werden, nachdem längere Zeit Omorol eingeblasen worden war.

Unter den Darmerkrankungen spielen Ruhr, Pseudoruhr und vor allem der Typhus die wichtigste Rolle.

In Alt-Scherbitz erkrankten an Pseudodysenterie 1904/05 22 Kranke, wovon 8 starben, 1905/06 16 Kranke, wovon 4 starben, 1906/07 traten leichte fieberhafte Durchfälle auf, später 4 schwere, vielleicht dysenterischen Charakters; 1907/08 wird nur über einige leichtere Dysenteriefälle berichtet.

In Gabersee trat im Winter 1906/07 eine typhusähnliche Krankheit auf, „die vielleicht als Dysenterie (Ruhr) zu bezeichnen war". Es erkrankten 1906 sieben weibliche Pfleglinge, von denen drei starben. Im Jahre 1907 erkrankten 26 Personen, darunter vier Todesfälle; höchster Stand der Epidemie im Dezember und Januar 1906/07. In München wurde zuerst die Diagnose auf Amöbenruhr gestellt, später aber Bazillenruhr konstatiert. In Dösen erkrankten 1908 im Juni binnen wenigen Stunden fast die Hälfte aller Kranken und Pfleger plötzlich an Durchfällen verschiedener Stärke von einfacher Diarrhöe bis zu starken Tenesmen, Abgang von Blut und unverdauten Speiseteilen, genasen aber am folgenden Tage wieder. Wahrscheinlich waren die Kartoffeln des Mittagessens mit dem Paratyphusbazillus infiziert worden, der sich bei der hohen Außentemperatur stark vermehrt hatte. Durch das Kochen wurden zwar die Bazillen abgetötet, doch zeigte sich eben die stark abführende Wirkung des Toxins. Eine nachträgliche Untersuchung war leider nicht möglich, da die Kost wegen ihrer Schmackhaftigkeit völlig verzehrt worden war.

In der Departemental-Anstalt zu Düsseldorf zeigte sich 1908 wieder Pseudoruhr, doch

gelang es durch sofortige energische Dislokations- und Desinfektionsmaßnahmen sie im Keime zu ersticken.

Tapiau berichtet 1909 über fieberhafte Durchfälle mit schweren anderen Erscheinungen, doch gab die bakteriologische Untersuchung kein sicheres Ergebnis. „Sie deutete teils auf Paratyphus, teils auf den Gärtnerschen Fleischvergiftungsbazillus, teils auf Paradysenterie hin, stand jedoch oft mit dem klinischen Befund in Widerspruch."

Die neue Anstalt in Leubus war von April bis Dezember 1910 wegen einer ausgebreiteten Ruhrepidemie gesperrt. Systematischen Untersuchungen gelang es, Bazillenträger unter dem Personal und den Kranken nachzuweisen.

Ein unheimlicher, weitverbreiteter, leider nur zu oft auftretender Gast vieler Anstalten ist schließlich der Typhus. Abgesehen von der Lebensgefahr für jeden davon Befallenen, bietet er noch oft ganz besondere diagnostische und vor allem prophylaktische Schwierigkeiten, da es ja wie bekannt ganz gesunde sogenannte Bazillenträger gibt, die natürlich eine stete Gefahr für ihre Umgebung bilden. — Sehr häufig wird das Differieren der klinischen Erscheinungen, des bakteriologischen Befundes und des schließlichen Sektionsergebnisses berichtet. — So genasen z. B. in Saargemünd zwei typhuskranke Mädchen, ein drittes schwer tuberkulöses starb. Obwohl positiver Bazillenbefund vorlag, ließ die Sektion die für Typhus charakteristischen Veränderungen vermissen. In den Blutproben aller dort eintretender Kranker, Pfleger und Pflegerinnen zeigte sich bisweilen die Widalsche Reaktion, doch konnten wiederum Bazillen nicht in den Dejektionen nachgewiesen werden.

Daß die Widalsche Reaktion nicht immer beweisend für Typhus ist, zeigt ein Fall von Sarkomatose, über den Eberswalde berichtet. Die Reaktion war positiv für Typhus, und erst das Fortschreiten der Krankheit sowie der Sektionsbefund klärten die Diagnose. Im Wilhelmstift zu Potsdam bestand ferner in einem Falle Typhusverdacht, der auch durch die vom Medizinaluntersuchungsamt prompt nachgewiesene Widalsche Reaktion berechtigt erschien; die später vorgenommene Autopsie ergab aber eine bösartige Endocarditis! Auch die klinische Diagnose ist oft äußerst schwer. In Neustadt wurde vom dortigen Augustakrankenhause eine Patientin unter der Diagnose Influenza mit geistiger Störung eingeliefert. Nach einigen Tagen kam die Nachricht, in der Heimat der Pat. herrsche Typhus. Obwohl die Pat. keine verdächtigen Erscheinungen bot, wurde sie doch isoliert. Die Untersuchung von Blut, Stuhl und Urin stellte dann Typhus fest; der Fall verlief übrigens in sehr milder Form.

Ist nun die Diagnose Typhus glücklich gestellt, so ergibt sich sofort die weitere Frage: Wo resp. wer ist die Infektionsquelle? Eine anschauliche Schilderung der Schwierigkeiten, die hierbei zutage treten, bietet der Bericht von Dr. Wille in Königsfelden. Die Erkrankungen traten fast nur bei unreinlichen und erregten Frauen auf; da das Wasser und die Nahrungsmittel nicht in Betracht kommen konnten, wurden alle Insassen untersucht. Es fanden sich zunächst sieben Frauen, die nie Typhus gehabt hatten und bei denen doch Typhusbazillen im Blut nachzuweisen waren, bei zweien auch im Stuhlgange. Diese konnten aber nicht die alleinige Ansteckungsquelle sein, da sie beide schon seit Jahren Anstaltsinsassen waren, und zwar auf anderen Abteilungen gelebt hatten, ohne dieselben zu infizieren. Verfasser äußert die Ansicht, daß eine große Zahl typhusimmuner Kranker auf der Abteilung sind und daß vielleicht früher noch verschiedene andere Bazillenträger vorhanden waren, die aber später wieder frei wurden.

In Münsingen erkrankten 1909 mehrere Kranke und zwei Wärterinnen an klinisch sicherem Typhus, zwei Kranke starben. Trotzdem ließen sich in den Fäzes der Kranken auf den betreffenden Abteilungen niemals Bazillen vom bakteriologischen Institut der Hochschule zu Bern nachweisen. Auch Trinkwasserproben ergaben kein positives Resultat.

In Zschadraß wird mangels anderer Erklärungsmöglichkeit in einem Falle angenommen, daß eine Kranke, die von einer Heilanstalt nach zweijähriger Behandlung dahin überführt wurde und schon fiebernd ankam, ohne jedoch spezifische Erscheinungen zu zeigen, selbst Bazillenträgerin war und infolge einer neuen Aussaat ihrer eigenen Bazillen akut erkrankte.

Ganz unerklärlich ist der Tod einer Patientin in Landsberg, die nach dreiwöchigem Krankenlager 1910 an Typhus starb; sie war seit 13 Jahren in der Anstalt, hatte seit acht Jahren keinen Besuch mehr gehabt, blieb der einzige Fall, alle Untersuchungen des Medizinaluntersuchungsamtes blieben erfolglos.

Von besserem Erfolg waren die Untersuchungen in Eglfing begleitet, denn für die drei kleinen Epidemien im Winter 1909/10 konnten stets Bazillenträgerinnen nachgewiesen werden, doch wurde zu aller Sicherheit noch ein kleines bakteriologisches Laboratorium errichtet und die Behandlung der Kranken, die Beobachtung aller verdächtigen Fälle,

sämtliche Untersuchungen sowie die Desinfektion in die Hände eines Oberarztes gelegt.

Merkwürdig sind auch die Resultate der Untersuchungen im Tannenhof 1908/09 gewesen. Dort wurde eine Bazillenträgerin mit dem Paratyphusbazillus Typ B entdeckt, die dann längere Zeit gar keine, schließlich aber regelmäßig echte Typhusbazillen ausschied. Es erkrankten fünf Patientinnen, keine schwer, nur zwei Fälle verliefen einigermaßen typisch, Widal war positiv, im Stuhl jedoch niemals Typhusbazillen nachweisbar, so daß vermutet wird, es handle sich um die bakteriämische Form des Paratyphus.

Auch der Bericht von 1910 bis 1911 weiß Merkwürdiges zu berichten. Die Epidemie verlief diesmal ziemlich milde. Bei den sogen. Umgebungsuntersuchungen fand man bei acht Patienten positive Widalsche Reaktion, aber schon nach kurzer Zeit war sie bei drei Patienten wieder erloschen! Acht weitere leicht Erkrankte hatten positiven Widal, aber nur drei davon Bazillen im Stuhl, und zwar vom Paratyphus B, einer davon hatte allerdings auch daneben richtige Typhusbazillen. Weder die jetzige Infektionsquelle noch die für frühere Erkrankungen konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, wenn man nicht Erbrechen und Durchfall vor 2½ Jahren bei einem Patienten, fieberhafte Mundfäule vor 4½ Jahren bei einem anderen, oder die Neigung zur Gelbsucht bei einem dritten als ätiologisches Moment in Betracht ziehen will.

In Obrawalde erkrankten in einem neugebauten Hause zwei Kranke an Typhus in Abstand von drei Monaten, ohne daß die Infektionsquelle nachgewiesen werden konnte. Ebenso war es bei einem Fall in Stephansfeld; in einem späteren Fall konnte in der Umgebung des Kranken wenigstens bei einigen Leuten die Widalsche Reaktion (1:100) nachgewiesen werden, ohne daß sonstige Anzeichen von Typhus bestanden, auch Bazillenträger wurden nicht gefunden. Bei dem Patienten selbst konnten merkwürdigerweise noch Typhusbazillen in einem Lymphdrüsenabszeß nachgewiesen werden, nachdem der Stuhl schon längst frei von solchen war. Es dürfte dies die Hypothese stützen, daß die Bazillen frei im Blut herumschwimmen und so andere Organe, auch z. B. die Gallenblase auf dem Blutwege infizieren können, so daß nicht immer eine Infektion vom Darm aus angenommen werden muß. Man könnte sogar annehmen, daß obwohl Typhusbazillen im Blut kreisen, der Darm doch frei von Infektion bleibt, wodurch dann die seltenen Fälle erklärt wären, die klinisch und serologisch als Typhus verlaufen, ohne daß im Stuhlgang ein positiver Befund zu erheben gewesen wäre.

Ein eigenartiges Licht auf die Lebensfähigkeit der Typhusbazillen wirft die kleine Epidemie in Göppingen vom Jahre 1909. Es erkrankten zwei Wärterinnen und zwei Frauen, von denen eine starb; bei der Untersuchung fand man eine früher immer gesunde imbezille Bazillenträgerin und schließlich eine Wärterin, die 1903 einen Typhus in der Anstalt durchgemacht hatte. Sie war erst, nachdem in der Rekonvaleszenz im Stuhl keine Bazillen mehr nachzuweisen waren, als gesund entlassen worden. Hat diese Wärterin nun in der ganzen Zwischenzeit von sechs Jahren niemand infiziert, oder hat eine Reinfektion stattgefunden? Jedenfalls wurde die Wärterin ohne Isolierung wieder bazillenfrei, ob mit oder ohne Behandlung wird leider nicht erwähnt. Sie hatte nur einen eigenen Nachtstuhl und mußte sich peinlich desinfizieren.

Über einen zweifelhaften Fall, der als Typhus perforans bei der Sektion gefunden wurde, berichtet Buch. Der Patient war seit September 1909 in Anstalten, seit November 1909 in Buch, hatte nie erhöhte Temperatur und negativen bakteriologischen Befund, so daß die Diagnose immerhin zweifelhaft bleibt.

Nicht immer gelingt es, die Wärterinnen vor Infektion zu schützen, denn in Göttingen erkrankten zwei Wärterinnen, die mit der Pflege einer tobsüchtigen Puerpera beschäftigt waren. Patientin litt an einer Mastitis mit hohem Fieber. Stuhl und Blut waren bei der Einlieferung frei von Typhusbazillen, erst bei der dritten Untersuchung wurden diese nachgewiesen, und es konnte auch durch den Kreisarzt in der Wohnung der Pat. eine Bazillenträgerin nachgewiesen werden. Glücklicherweise genasen alle drei Erkrankten und blieb die Anstalt auch von weiteren Infektionen verschont.

In den Jahren 1908 und 1909 wurde die Anstalt Weilmünster von größeren Typhusepidemien heimgesucht. Die Krankheit begann Mai 1908 im unruhigen Frauenhause. Es erkrankten 31 Personen, darunter sieben vom Pflegepersonal, drei Kranke starben. Eine Kommission aus Berlin traf zur Beratung ein, ein Berliner Bakteriologe übernahm die Untersuchungen, doch konnten weder Bazillenträger noch Ursache und Entstehung mit Sicherheit ermittelt werden. Das Rote Kreuz in Berlin gab zwei Baracken zu 18 Betten, der Bau zweier fester Baracken wurde in Angriff genommen. Mitte Juli kam die letzte Erkrankung vor.

Fast genau ein Jahr nach Erlöschen der Epidemie brach sie wieder, diesmal im unruhigen Männerhause, aus. Bei der Sektion eines Patienten fand sich ein perforiertes Darmgeschwür, obwohl das Wiesbadener Laboratorium Stuhl und Blut frei von Typhus gefunden hatte!! Vier weitere Erkrankungen gingen in Genesung aus.

In der Anstalt Eichberg gelang es bei einer Epidemie 1909, an der 26 Personen, darunter fünfzehn vom Wartepersonal, erkrankten, zwar positiven Widal im Wiesbadener Institut nachzuweisen, jedoch nicht die Quelle der Infektion festzustellen.

Von merkwürdig günstigen Erfolgen für den psychischen Status durch Typhuserkrankungen berichtet Winnental. Ende Juli 1908 wurde ein hoch fieberhafter Patient eingeliefert, mit dem Verdacht auf Miliartuberkulose. Es erkrankten zehn Pfleglinge und zwei Wärter, dazu noch ein Wärter, der sich unbefugterweise bei Verlegung der Kranken in die Isolierbaracke zu schaffen gemacht hatte. Bei drei Kranken stellte sich eine nicht unwesentliche Besserung des geistigen Zustandes ein. Ein schwerer Melancholiker, der in der Erkrankung bei der Ernährung große Schwierigkeiten machte, ist so erheblich freier geworden, daß seine Beurlaubung in Aussicht genommen wurde. Bei zwei Defektzuständen vom Charakter der Dementia praecox hat sich die Sperrung der psychischen Vorgänge soweit gelöst, daß sie brauchbare Arbeiter wurden. — Bei einem derselben stellte sich schon während des Fiebers eine auch später bleibende Euphorie ein.

In ständiger Infektionsgefahr schwebt Tapiau, da in dem benachbarten Orte gleichen Namens seit Jahren Typhus endemisch herrscht, doch gelang es bis jetzt, Erkrankungen größeren Umfanges vorzubeugen.

In Hubertusburg wäre es 1907 beinahe zu einer schweren Infektion der ganzen Anstalt gekommen, denn im Gemüseputzraum wurde eine Frau aus dem benachbarten Wermsdorf beschäftigt, die ihre typhuskranke Mutter pflegte und später selbst daran erkrankte. Zwei unruhige Frauen erkrankten zwar, doch konnte ein Zusammenhang mit der Epidemie im Ort nicht nachgewiesen werden.

Auch in Andernach fand sich unter den kartoffelschälenden Frauen (1907/08) eine Typhusbazillen- und eine Paratyphusbazillenträgerin, doch entstand keine Epidemie.

In den Anstalten der Rheinprovinz erkrankten 1907/08 in Andernach sieben, in Bonn vier, in Johannistal sechs Personen an Typhus, in Merzig eine Frau an Paratyphus. Von diesen siebzehn Kranken starben drei. Andernach und Merzig beherbergen je zwei gesunde Bazillenträgerinnen; 1908/09 war nur in Galkhausen ein Typhusfall zu verzeichnen. In Andernach waren drei Typhus- und eine Paratyphus-Bazillenträgerin interniert, in Merzig starb eine der im vorigen Jahre erwähnten Typhusbazillenträgerinnen. 1909/10 stieg die Zahl der Erkrankungen wieder auf zehn, und zwar je zwei in Düren (zwei Männer) und Andernach (eine Pflegerin, eine Kranke derselben Abteilung) und sechs in Merzig. Andernach beherbergte ferner eine Typhus- und zwei Paratyphusbazillenträgerinnen, Merzig vier Typhusbazillenträger (ein Mann, drei Frauen). Eine Frau starb in Merzig. Da der Merziger Aufnahmebezirk von Typhus durchseucht ist, werden jetzt alle neu eintretenden Kranken und Pflegepersonen auf das Ausscheiden von Typhusbazillen untersucht. Nicht selten fällt die Widalsche Reaktion positiv aus, ohne daß die Betreffenden je krank waren, es handelt sich dabei wohl um abortive Formen, die ärztlich nicht zur Beobachtung kamen. Auch werden bei allen Aufnahmeanträgen bei den Bürgermeisterämtern Erkundigungen eingezogen, ob die aufzunehmenden Kranken an Typhus gelitten haben oder Bazillenträger sind.

Auch andere Anstalten, z. B. Göttingen, Emmendingen und Saargemünd, untersuchen prinzipiell jeden Neueintretenden auf Typhus. Eberswalde nur diejenigen, welche schon einmal daran erkrankt waren. Über den Erfolg der Untersuchungen berichtet Emmendingen, und zwar fand sich bei acht neu eingetretenen Wärterinnen, einem Waschmädchen, einem Waschgehilfen und einem Kochlehrmädchen positiver Befund, ohne subjektive und objektive Krankheitserscheinungen.

Die Erkrankungen des Pflegepersonals verliefen durchweg schließlich günstig, nur starb in Hördt eine Wärterin, welche seit zirka einem Jahr eine unruhige Bazillenträgerin pflegte, an Typhus nach zweiwöchigem Krankenlager.

Ich glaube, die zitierten Berichte ergeben zur Genüge, ohne auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, die Richtigkeit der Annahme, wie schwer Diagnose, Behandlung und Prophylaxe des Typhus trotz aller Hilfsmittel immer noch sind und wohl auch bleiben werden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Lindenhaus bei Brake.** Die Mitglieder des Fürstlichen Landgerichts, der Staatsanwaltschaft und die Mehrzahl der Amtsrichter des Landes besichtigten am 23. Oktober unter Führung des Landgerichts-Präsidenten und des ersten Staatsanwalts die Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus. Die Herren trafen zu dieser Besichtigung, bei der zum ersten Mal eine reichsdeutsche, richterliche Behörde in korporativer Geschlossenheit zu ihrer Information eine Irrenanstalt besucht hat, vormittags um 1/2 10 Uhr in der Anstalt ein. Sie wurden von dem Direktor, Medizinalrat Dr. Alter, und den Beamten empfangen und nach einer kurzen Orientierung über die Buchführung, die Registratur und die allgemeinen Dienstverhältnisse durch alle Räume der Anstalt, insbesondere durch alle Wachabteilungen geführt. Nach einer kurzen Frühstückspause fuhr man dann in den Wagen der Anstalt nach dem Koloniegut zu Entrup; unterwegs wurde die von der Anstalt kultivierte Luher Heide und die dort von den Kranken geleistete Kulturarbeit in Augenschein genommen. Auf dem Hofe in Entrup wurden alle Krankenräume und alle Wirtschaftsgebäude besichtigt. Die Rückfahrt der Herren erfolgte mit dem 5-Uhr-Zuge.

(Lippische Tageszeitung, Nr. 250.)

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Conradstein.** Der Direktor der hiesigen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Geheimer Med.-Rat Dr. Krömer, ist im 62. Lebensjahr gestorben.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 33. 11. November **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle. Von Regierungsrat Dr. Jos. Starlinger, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. (S. 325.) — Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. G. Werner in Bedburg bei Cleve. (Fortsetzung.) (S. 329.) — Mitteilungen (S. 337): Denkmünze der Gesellschaft deutscher Nervenärzte. Bad. Minister Frhr. v. Bodman Ehrendoktor der Medizin. v. Krafft-Ebing-Biographie. — Referate (S. 337). — Personalnachrichten (S. 338).

Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle.*)

Von Regierungsrat Dr. *Jos. Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Meine Herren!

Angesichts der gesetzlichen Regelung der Irrenfürsorge ist es sicherlich am Platze, einen besonderen Blick auf die Lage und Stellung der Irrenanstalten zu werfen, galten doch die Irrenanstalten von jeher als die Entwicklungszentren der Irrenpflege und Irrenfürsorge, wie ihre Geschichte überzeugend dartut. Die Geschichte der Irrenpflege und Irrenfürsorge enthält daher auch für die Zukunft dieses Gebietes einen wichtigen Faktor, und wenn irgendwo das Sprichwort „Historia est magistra vitae" eine Bedeutung hat, muß dies insbesonders für die zukünftige Entwicklung des Irren- und Anstaltswesens geziemende Beachtung finden. Entschuldigen Sie also, wenn ich mir vorerst einen kleinen historischen Rückblick erlaube und Ihnen allbekannte Daten und Ereignisse vorführe, ehe ich zu meinen eigentlichen Ausführungen übergehe. Ich tue dies eben deshalb, weil ich mich der vollen Überzeugung hingebe, daß diese Ausführungen nur im Zusammenhang mit der geschichtlichen Entwicklung unseres Berufsgebietes ihre volle Würdigung finden können.

Das Irrenwesen ist ein Stück Kulturgeschichte und seine Entwicklung kennt wie diese keine Sprünge, sondern nur fließende Übergänge. Wenn ich im folgenden nur die Hauptwendepunkte der Irrenfürsorge heraushebe und sie an einzelne Personen knüpfe, so weiß ich sehr wohl, daß ich da zum Großteil mehr einem alten Brauche als strenger historischer Wirklichkeit folge, und ich führe das nur an, um im folgenden bei der Kürze dieses meines historischen Rückblickes nicht mißverstanden zu werden.

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 6. Oktober 1911.

Wie Sie wissen, schrieb man lange Pinel den Ruhm zu, den ersten Schritt zur Befreiung der Geisteskranken getan zu haben, als er am 24. Mai 1798 auf einmal 45 Kranken die Fesseln abgenommen hat. Die Sage fügt noch hinzu, daß er, als er vom Direktorium die Erlaubnis hierzu erbat, die Zustimmung nur unter Gefährdung und Verantwortung seiner Person erhalten hat. Wenngleich diesem Vorgange der volle geschichtliche Wert abgeht, so ist schon die Fama bedeutsam genug für den psychiatrischen Tiefstand der Stimmung und Anschauung der damaligen Zeiten. Sehr entstellt dürfte übrigens das Gerücht kaum haben, denn es geschah dies wenige Jahre nach der Errichtung des Wiener Narrenturmes, der am 19. April 1784 seinen Bestimmungen übergeben wurde, und der durch seine Massivität und Sicherungsmaßregeln deutlich die Furcht erkennen läßt, die man vor den Geisteskranken zu empfinden pflegte.

Am 1. Juni 1839 erhielt Conolly die Stelle als Arzt am Hanwell Asylum und am 21. September 1839 begann er die Beseitigung jeden mechanischen Zwanges. Conolly hat das No-Restraint-System nicht erfunden oder als erster angewendet, aber es bleibt ihm doch das Verdienst seiner Tat, daß er bereits zu dieser Zeit ganz ohne mechanischen Zwang auszukommen suchte und diese Idee allenthalben propagierte. (Kornfeld, Geschichte der Psychiatrie.)

1876 wurde Alt-Scherbitz als erste offene Heil- und Pflegeanstalt Deutschlands eröffnet und damit der dritte Abschnitt, das grundsätzliche Offentürsystem für Irrenanstalten, angebahnt, das von da aus bald seinen Lauf durch ganz Deutschland nahm. Die generelle Verschließung der Geisteskranken ward aufgehoben, von nun an übertraten sie in großer

Zahl die Schwelle der Anstalten; die strenge Abscheidung der Anstalten von der Außenwelt war für immer gefallen, und die Benennung Heil- und Pflegeanstalten ward fortab allgemein.

Mit diesen drei Etappen gewaltiger äußerer Änderungen auf dem Gebiete des Irrenwesens haben sich ebenso bedeutende innere Umwandlungen verbunden. In der ersten war man darauf bedacht, die Geisteskranken zu bändigen, ohne weiteres Interesse für ihr menschliches Schicksal, und errichtete festungsartige Gebäude für sie, in der zweiten suchte man auch dem Menschen im Geisteskranken einigermaßen gerecht zu werden, man fing an sie zu warten, baute für sie zwar noch nüchterne und düstere Kasernen als Irrenanstalten, suchte aber allenthalben die hygienischen Faktoren Luft und Licht bereits ausgiebig zur Anwendung zu bringen. In der dritten Periode fing man endlich an, auch in den Geisteskranken nur kranke Menschen zu sehen, ließ denselben ausgedehnte und liebevolle Pflege angedeihen und errichtete für sie freundliche Kottageanlagen, deren Ausstattung sich auf das Niveau des Krankenhauses hob.

In weniger als einem Jahrhundert hat sich dieser Wandel vollzogen. So glatt aber, wie hier aneinandergereiht, ist natürlich der wirkliche Vorgang nicht gewesen, und wir wissen recht gut, mit wieviel Schwierigkeiten und Kämpfen sich jeder Fortschritt vollzogen hat. Wir wollen aber heute den Details nicht nachgehen, uns interessiert vielmehr hauptsächlich das Resultat, das aus allen diesen Kämpfen und Schwierigkeiten hervorgegangen ist, weil es die notwendige Folge darstellt, zu der das Irren- und Anstaltswesen kommen mußte. Was zeigt uns nun dieses geschichtliche Ergebnis, und welche Tatsachen daraus müssen uns für die Zukunft wertvoll bleiben? Wichtig und wertvoll sind namentlich:

Erstens, daß nach der ganzen vorliegenden Geschichte des Irren- und Anstaltswesens keine größere rückschrittliche Etappe zu verzeichnen ist, sondern jede derselben neuen Fortschritten Platz machte.

Zweitens, daß der Zug zur freien Behandlung der Geisteskranken unaufhaltsam sich Bahn brach, durch nichts länger zurückgehalten werden konnte und alle ihm entgegenstehenden Hindernisse und Bedenken siegreich hinweggeräumt hat.

Endlich, und das muß ganz besonders unterstrichen werden, daß trotz des allmählichen Wegfalles aller Beschränkungsmaßregeln und trotz des zunehmenden freien Verkehres der Geisteskranken unter sich und mit ihrer Umgebung in der Außenwelt die Gemeingefährlichkeit des Geisteskranken nicht zugenommen, sondern deutlich abgenommen hat. Nicht im Zwange also, sondern in einem gewissen Grade von Freiheit liegt eben zugleich der beste Schutz vor der Gewalttätigkeit und Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken. — Es ist schließlich nicht ganz uninteressant, daß alle größeren Wendepunkte in der Geschichte der Irrenpflege sich in Absätzen von 40 bis 50 Jahren einzustellen pflegten.

Nachdem nun nicht anzunehmen ist, daß jetzt auf einmal ein Stillstand im Irrenwesen eintreten soll, daß eine weitere Entwicklung des Irren- und Anstaltswesens nicht mehr wahrscheinlich ist, und daß wir mit der Heil- und Pflegeanstalt jetzt abschließen sollen, da frägt man sich notwendigerweise: was steht nun nach dem bisherigen Werdegang des Irren- und Anstaltswesens für dieses zu erwarten, wohin leiten die vorliegenden Anzeichen und was ist für die Entwicklung desselben zu fordern?

Wir haben gesehen, daß die alten Irrentürme sich allmählich innen und außen zu einfachen Krankenhausanlagen umgewandelt haben, ohne irgendwelchen Schaden für die Außenwelt, und daß an Stelle der früheren Bändigung einfache medizinische Behandlung getreten ist nach klinischen Grundsätzen, wir sehen aber trotzdem unsere Heilanstalten auf Schritt und Tritt von beschränkenden rechtlichen und polizeilichen Maßregeln umgürtet, die sie weit mehr zu Detentions-Anstalten stempeln als zu einem Krankenhaus, und wir fühlen mit unseren Kranken, wie sie unter diesem Gedanken leiden während ihres Aufenthaltes und wie ihnen nachher derselbe ein quälendes Stigma aufdrückt fürs ganze Leben. Wir bedauern dies besonders für unsere akuten Fälle, und wir müssen für sie die Verhältnisse verlangen, wie sie einem gewöhnlichen Krankenhause entsprechen, das heißt, wir müssen auch für die Heil- und Pflegeanstalten in bezug auf Aufnahme und Entlassung die uneingeschränkte Krankenhauseinrichtung anstreben.

Wir erfahren täglich weiter, wie für eine große Reihe von unseren chronischen Kranken der Verkehr untereinander sowohl wie mit der Außenwelt sich ganz harmlos gestaltet, und wir wissen andererseits, daß für einen Großteil dieser der Anstaltsaufenthalt zum lebenslänglichen Domizil werden muß, wir müssen daher fordern, und die Kranken drängen selbst dahin, daß ihnen die Anstalt in sozialer Hinsicht zur vollen zivilen Heimstätte wird.

Wir fühlen endlich mit unseren Kranken das harte Vorurteil, das den Geisteskranken und unseren Heil- und Pflegeanstalten noch vom großen Publikum entgegengebracht wird, und wir wünschen dringendst die Befreiung von dieser letzten Zwangsmaßregel der

sozusagen geistigen Zwangsjacke, die das Vorurteil der Öffentlichkeit bildet.

Erst nach Durchführung dieser drei Forderungen: voller Krankenhauscharakter, wirkliche Heimstätte und Beseitigung des Vorurteiles wird man mit gutem Gewissen sagen können: was dann noch übrig bleibt ist nicht mehr Zwang und Einschränkung, sondern Schutz und Fürsorge. Wenn wir also ein Irrenfürsorgegesetz schaffen wollen, müssen wir vorerst an die Erfüllung dieser drei Forderungen denken.

Die wichtigste Forderung bildet die Schaffung des freien Irrenkrankenhauses, womit die beiden anderen Punkte sich von selbst ergeben werden.

Das freie Irrenkrankenhaus ist eine natürliche und konsequente Forderung der Humanität und verlangt in ärztlicher Hinsicht nichts anderes, als daß für Aufnahme, Behandlung und Entlassung auch in den Irrenanstalten die ärztlichen Grundsätze als maßgebend anzusehen seien, und nicht von vornherein unter dem Drucke alter Anschauungen falsche Prinzipien aufgestellt werden bei deren Reglementierung. Wenn wir so mit Entschiedenheit diese Forderung aufstellen, müssen wir uns auch fragen: sind diese durchführbar? Wir können darauf mit voller Bestimmtheit mit „Ja" antworten. Die Erfahrungen, die uns hierzu berechtigen, bilden einerseits die psychiatrischen Kliniken, andererseits die Erfahrungen mit den freiwilligen Aufnahmen in den Irrenanstalten selbst.

Die psychiatrischen Kliniken sind von Haus aus unter freieren Formen und Verhältnissen gestanden, sie konnten sich daher im Zusammenleben mit den anderen medizinischen Disziplinen um so freier und natürlicher entwickeln. Sie haben zunächst ihren Namen Irrenkliniken abgestreift und den von psychiatrischen Kliniken angenommen, sie genossen bald den Vorzug der freien Aufnahme, und niemandem ist es jemals eingefallen, ihre Aufnahme zu beschränken oder zu erschweren. Der Geschäftsgang ist ein rein ärztlicher. Der Leidende kommt auf die Klinik freiwillig oder unter Verwendung der Angehörigen oder der öffentlichen Behörde. Es wird mit ihm daselbst verfahren, wie es die ärztlichen Erfahrungen und Grundsätze erheischen. Der Arzt entläßt ihn, wenn er gesund ist oder nicht mehr behandlungsbedürftig. Die ärztlichen Erwägungen halten ihn zurück und leiten die staatsbürgerlichen Schritte ein, die zur weiteren Behandlung nötig erscheinen. Das Innere der modernen psychiatrischen Klinik trägt vollständigen Krankenhauscharakter bei weitgehendster freier Bewegung unter Berücksichtigung voller Individualisierung.

Auch in der modernen Heil- und Pflegeanstalt gelten dieselben freizügigen Bestimmungen bezüglich einer Zahl von daselbst behandelten Kranken, der sogenannten „Freiwilligen". Sie kommen spontan oder über Drängen ihrer Angehörigen in die Behandlung. Sind sie dispositionsfähig, können sie selbst wieder austreten wann sie wollen. Treten im Verlaufe der Behandlung jedoch Zweifel in ihrer Führungsfähigkeit auf, wird über ärztliches Ermessen ihre Dispositionsfähigkeit beschränkt und, wenn nötig, durch weiteres Eingreifen nach den staatsbürgerlichen Bestimmungen ganz aufgehoben. Und welch schreckliche Folgen sind daraus entstanden, und welch schlimme Erfahrungen hat man damit gemacht?

Trotz dieser freien, bloß nach rein ärztlichen Grundsätzen durchgeführten Behandlung von Geisteskranken sind weder aus den Erfahrungen in den psychiatrischen Kliniken noch mit den freiwilligen Aufnahmen in den Heil- und Pflegeanstalten irgendwelche Anstände bekannt geworden. Warum läßt man dann nicht endlich auch für die Heil- und Pflegeanstalten so schwerwiegende Beschränkungen und Kontrollen allgemein fallen, und warum wertet man die Heil- und Pflegeanstalten noch immer ganz anders als die psychiatrischen Kliniken? Die Heil- und Pflegeanstalt unterscheidet sich heute von der psychiatrischen Klinik, was Krankenbehandlung anlangt, im Wesen nur noch dadurch, daß sie zugleich Pflegestätte ist für die chronischen Fälle, und daß sie hierdurch eine Weiterung erfahren hat und Einrichtungen geschaffen werden mußten, die im Laufe der Zeiten sich für die Behandlung der chronischen Fälle als zweckdienlich erwiesen haben. Ansonsten besteht aber innerlich in ihrem Krankenhausbetriebe zwischen einer modernen psychiatrischen Klinik und einer modernen Heil- und Pflegeanstalt, abgesehen von deren Unterrichts- und Forschungsaufgaben, ein wesentlicher Unterschied nicht mehr, und wenn sich in der psychiatrischen Klinik für die Geisteskranken der Krankenhauscharakter auch nach außen hin einleben ließ, warum wird dieselbe Eigenschaft und der gleiche Namen der Heil- und Pflegeanstalt vorbehalten, die innerlich schon längst auch Krankenhauscharakter angenommen hat? In dem Momente, in dem man die eigentlichen Kriminellen von den Irrenanstalten lostrennt und lostrennen muß, bleibt in den Heil- und Pflegeanstalten sicherlich kein Fall übrig, den auch nicht die psychiatrische Klinik auf sich nehmen könnte. Wir dürfen demnach auch folgerichtig verlangen, daß diese genau wie die Kliniken als Krankenhäuser und nicht als Detentionsanstalten angesehen und behandelt werden.

Eine Gefährdung wird sicherlich hieraus für niemand erwachsen. Schon jetzt dürfte es kaum jemand behaupten können, daß die Heil- und Pflegeanstalt weniger ihrer Verpflichtung, Schutz und Sicherheit

der Kranken sowie des Publikums zu gewährleisten, nachgekommen ist, wie seinerzeit die alte Irrenanstalt, trotz des freien Regimes der ersteren und der gefängnisartigen Abgeschlossenheit der letzteren.

Und ebenso dürfte es kaum jemand geben, der sachlich den Beweis erbringen könnte, daß das freie psychiatrische Landes-Krankenhaus ohne andere Reglementierung und Kontrolle wie jedes andere öffentliche Krankenhaus und wie die psychiatrischen Kliniken nicht ihrer öffentlichen Aufgabe werde nachkommen können. Der Schritt hierzu ist gar nicht größer, ja vielleicht nicht so groß, wie der seinerzeitige Übergang der geschlossenen Irrenanstalt zu den offenen Anstalten. Und wie die offene Anstalt sich heute überall eingelebt hat, so wird es auch mit dem freien psychiatrischen Krankenhaus werden.

Ein Einwand, der möglicherweise von den Landes-Verwaltungen gemacht werden könnte und anscheinend eine Berechtigung für sich hätte, bildet die Besorgnis, daß vielleicht bei zu freier Aufnahme von Patienten in das psychiatrische Landes-Krankenhaus die Ausgaben für diese zu stark anschwellen könnten. Einem solchen Einwande gegenüber wäre entgegenzuhalten: Akute und gemeingefährliche Geisteskranke werden schon jetzt fast in allen Ländern ohne besondere Beschränkung aufgenommen. Bei chronischen Kranken hingegen, wo die Heilbarkeit oder Gemeingefährlichkeit zweifelhaft ist, könnte die Aufnahme immerhin von der Sicherstellung der Verpflegskostenzahlung abhängig gemacht werden, wie dies bei den mittellosen Freiwilligen heutzutage schon in Nieder-Österreich geübt wird, so daß die Länder durch diese Reform eine besondere Belastung nicht erfahren könnten. Aber selbst, wenn dies nicht geschieht, dürften die Länder von der freien Aufnahme eine große Belastung schon aus dem Grunde nicht zu befürchten haben, weil die Irrenanstalten jetzt und vielleicht noch für lange hinaus keineswegs für das kranke Publikum eine große Anziehungskraft ausüben. Wir sehen das ja auch bei unseren Freiwilligen. Wer in einer anderen Heilanstalt halbwegs ein Unterkommen finden kann, kommt nicht in die Irrenanstalt.*)

Ganz irrig wäre es natürlich, die Krankenhausfreiheit für Geisteskranke etwa auf das Konto der Psychiater setzen zu wollen, daß sie aus persönlichen Gründen etwa eine solche Freiheit für ihre Anstalten herbeiwünschen. Nur wer dem Anstaltswesen ganz ferne steht, kann einem solchen Irrtume verfallen. Jeder halbwegs Eingeweihte wird wissen, daß mit den fest verschlossenen und vergitterten alten Irrenanstalten auch die Ruhe ihrer Funktionäre geschwunden ist und Verantwortung und Arbeit sich vielleicht verdreifacht hat. Und trotzdem? ja trotzdem, der Anstaltsarzt weiß sehr wohl, wie sehr er sich mit diesem Antrage des freien psychiatrischen Landes-Krankenhauses selbst wieder ins Fleisch schneidet.

Aber er folgt hiermit lediglich einem allgemeinen Zuge der Kultur und den gewissenhaften Beobachtungen aus seiner Erfahrung, die auf volle Rehabilitierung ihrer gebesserten oder geheilten geisteskranken Schützlinge hindrängt. Es gilt allgemein als ein schöner Zug der Gegenwart, alte rauhen oder zu spezifischen Benennungen aus der Vorzeit zu mildern oder ganz abzustreifen, und dieses Bestreben ist nicht etwa eine inhaltlose Neuerungssucht, sondern muß ebenso human als volkserzieherisch genannt werden. Wenn man heute statt Zwänglinge, Fürsorgezöglinge oder statt Korrigenden-Anstalt, Landes-Erziehungsheim sagt, hat das dieselbe Berechtigung und denselben Beweggrund, warum man seinerzeit für Irrenanstalten und Irre den Namen Heil- und Pflegeanstalten und Geisteskranke wählte, oder wie man für Hausierer Wanderkaufleute zu sagen pflegt.

Aber auch die Benennung Heil- und Pflegeanstalt klingt noch zu spezifisch und auch ihr hängt das Stigma der alten Irrenanstalten zu sehr an. Man muß einen breiteren und allgemeineren Namen wählen, um jede Spezifität möglichst auszulöschen.

Ganz anders klingt es, wenn jemand sagen kann, er war auf der Klinik. Selbst wenn er psychiatrische Klinik sagt, ist das ganz anders, als wenn er Irrenklinik sagen würde.

*) Kuratel und Pflegeschaft sowie die Anzeigepflicht für diejenigen, welche das eine oder das andere dieser Fürsorgeämter notwendig haben, wird davon nicht berührt. Die Meldepflicht müßte für alle aufrecht erhalten werden. Wie wenig notwendig die Erschwerung der Aufnahme durch die Beibringung eines amtsärztlichen Pareres ist, zeigt der jüngste Jahresausweis der kgl. sächsischen Heil- und Pflegeanstalten, wo bei drei Anstalten die amtsärztlichen Aufnahmegutachten nur 4% betrugen, alle übrigen aber von praktischen Ärzten oder Anstaltsärzten ausgestellt waren.

Sehr interessant ist in dieser Hinsicht die Zusammenstellung von Dr. Werner (Fortschritte des Irrenwesens, Nr. 21 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift). Derselbe äußert sich: „Über das beschleunigte Aufnahmeverfahren liegen mehrere durchwegs günstig lautende Berichte vor. Unter dem 21. Dezember 1907 ermächtigte der Senat von Lübeck die Vorteherschaft der Irrenanstalt, in dringenden Fällen Kranke in die Anstalt aufzunehmen", wenn einer der Anstaltsärzte das Vorliegen von Geisteskrankheit und die Dringlichkeit unter Hervorhebung der die letzteren begründenden objektiven Krankheitserscheinungen bezeugt. Das Physikatszeugnis ist in diesen Fällen binnen 21 Stunden nachzuliefern". In Schlesien ist dieses Verfahren auch wieder eingeführt, entsprechend dem früheren § 11 des Aufnahmereglements. In Conradstein wurden 1908 von 290 Aufnahmen 156, in Schwetz 1908 von 665 Aufnahmen 65, in Landsberg 124—40%, in Brandenburg überhaupt 1911 47% in beschleunigtem Verfahren aufgenommen. Um die möglichst frühzeitige Überführung in die Anstalt zu bewirken, gewährt Schlesien, ebenso wie manche andere Provinz, kostenlose Behandlung wenn die Aufnahme in den ersten 6 Monaten erfolgt, ein Benefizium, das bei den nunmehr allgemein erhöhten Verpflegskosten um so größere Bedeutung für die vielen armen Gemeinden gewinnt.

Daher ist auch für die Heil- und Pflegeanstalten ein Wort von allgemeinem Gebrauche zu wählen, und das kann nur Krankenhaus sein, und eben weil sich „Psychiatrische Klinik" schon ziemlich eingelebt hat, würde ich den Vorschlag machen, anstatt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt künftighin „Psychitarisches Landes-Krankenhaus" *) zu setzen.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die Bezeichnung „Psychiatrisches Landes-Krankenhaus" einen sprachlichen Fehler enthält. Aber er ist nicht größer als wie „Interner oder Chirurgischer Pavillon" oder „Interne, Chirurgische Abteilung", Ausdrücke, die heute allgemein üblich sind und an denen sich heute niemand mehr stoßt. Wer sich indessen unter allen Umständen mit dieser sprachlichen Wendung nicht gut befreunden kann, der kann auch Krankenhaus für Gemüts- und Geisteskranke setzen. Worauf es mir ankommt, ist hauptsächlich die Benennung „Krankenhaus", die unter allen Umständen gewahrt werden müßte. Haben wir einmal auch für unsere Geisteskranken die allgemeine Benennung „Krankenhaus" und „Versorgungshaus", dann erst werden unsere Heilstätten von ihrem störenden Beigeschmacke entkleidet werden und namentlich wird den psychisch Kranken dann kein altes Vorurteil mehr verfolgen, wohl aber Hilfe und Erbarmen sich seiner annehmen, wie bei einem anderen kranken Nebenmenschen.

Das volle Krankenhaus für unsere Geisteskranken und der möglichst freie Weg zu ihren Schutz- und Heilstätten sind deshalb für uns keine bloßen Imponderabilien, sondern gewichtige Momente in der Psychotherapie des einzelnen sowohl, wie in der Erfüllung unserer vorwärtsstrebenden Kulturaufgaben überhaupt.

*) Die Anstalt Kosmanos erhielt kürzlich den Titel Kgl. böhm. Landesanstalt für Geisteskranke in Kosmanos. Also nicht mehr Heil- und Pflegeanstalt.

Ist einmal die Bevölkerung überzeugt, daß sich auch bei weitgehendster freier Krankenhausbehandlung jede Sicherheit ebenso gewährleisten läßt wie bisher, und sieht sie im Geisteskranken zwar noch ein Objekt einer spezialistischen Behandlung aber nicht mehr bloß ein Objekt besonderer Verwahrung, dann erst haben wir die Geisteskranken von den alten Fesseln tatsächlich und ganz erlöst. Bisher haben wir ihnen nur die mechanischen Beschränkungen abgenommen und innerhalb der Anstalten die Wohltaten des Krankenhauses angedeihen lassen können, nach außen hingegen ist das alte Mißtrauen mehr weniger geblieben. Jetzt angesichts des neuen Irrenfürsorgegesetzes wäre endlich die Zeit gekommen, daß wir hoffen können, daß unsere Mitwelt sich auch des alten Aberglaubens begibt und eine längst verjährte Schuld einlöst, die täglich an unseren armen Geisteskranken noch immer begangen wird.

Hierzu halten wir vor allem nötig und vom neuen Irrenfürsorgegesetz müssen wir daher fordern:

I. Die gesetzliche Benennung Krankenhaus und Versorgungshaus für Irrenanstalten respektive Heil- und Pflegeanstalten.

II. Die Voranstellung der medizinischen Gesichtspunkte bei Aufnahme, Betrieb und Entlassung, gegenüber den polizeilich-rechtlichen.

III. Die Belassung der bisherigen staatlichen Kontrolle, die sich auf sanitätspolizeiliche und hygienische Aufsicht der Anstalten beschränkt.

Ob diese Forderungen schon in nächster Zeit ganz oder teilweise erfüllt werden, wissen wir nicht, aber eines bin ich voll überzeugt, geschieht es nicht demnächst, geschieht es ein andermal, aber geschehen wird es.

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Behandlung und Pflege der Kranken.

Zwar betont mancher Anstaltsbericht, daß sich die Behandlung in den altbewährten Bahnen bewege, doch zeigt sich bei näherem Zusehen, daß diese Bahnen ziemliche Verschiedenheiten aufweisen, und zwar alle im Sinne eines mehr individuellen und größere Freiheiten gestattenden Verfahrens.

Viele Anstalten suchen die Bettbehandlung zum Teil durch Freiluftliegekuren zu ersetzen. Manche legen die Kranken in ihren Betten auf Veranden, deren Anbau mehrfach berichtet wird, andere gehen zur Anschaffung von Liegestühlen über und berichten über günstige Erfahrungen. Ein eigenes Modell für Liegestühle hat sich Haus Schönow konstruiert und stellt sich auch seinen Bedarf selbst her. In Zwiefalten wurde die Freiluftbehandlung auch auf überwachungsbedürftige Frauen ausgedehnt. In Herzberge wurden 1909 allein für 866 Mark Liegestühle angeschafft, Buch stellte probeweise auf zwei Loggien Badewannen auf. Lüneburg verfügt bei seinen neugebauten Häusern im Erd- und Obergeschoß über so große Veranden, daß alle Kranken

gleichzeitig darauf Platz haben und bei schönem Wetter die Häuser oft ganz leer sind. Noch weiter ging Dösen, das mit Freiluft-Dauerbädern auf der Männerseite schon gute Erfahrungen gemacht hatte, indem es auch in einem Gärtchen der Abteilung für unruhige Frauen die gleiche Anordnung traf. Die Überwachungsabteilung wurde in Anlehnung daran in einer Wandelhalle untergebracht. Über den Wannen aus Stampfbeton wurden zum Schutz gegen die Sonnenstrahlen verschiebbare Dachvorrichtungen angebracht.

Zweifellos ist das Bad im Freien etwas ideal Schönes, nur scheint es mir, daß in Gegenden mit vielen Niederschlägen und starken Temperaturabkühlungen der Gebrauch derselben ofterschwert ist, und die Kosten, da doch auch noch eine innere Badeeinrichtung für den Winter vorhanden sein muß, sind daher wohl relativ beträchtlich. Jedenfalls ist es aber nur zu begrüßen, wenn in diese Badetherapie ein frischer Wind hineinweht. Wir können in der Freiluftbehandlung sicher noch manches von der Tuberkulosetherapie herübernehmen. Hoffentlich kommen wir auch noch dahin, unsere Kranken im Winter selbst bei einigen Graden unter Null ruhig, in Decken warm verpackt, im Freien liegen zu lassen. Es müßte nur ein Anfang damit gemacht werden.

Über die innere Badeeinrichtung ist wenig zu berichten. In Dösen wurden im Dauerbaderaum für Unruhige zwischen den einzelnen Wannen Vorhänge angebracht, die nach Bedarf als Scheidewände vorgezogen werden. Hoffentlich leidet dadurch nicht die Übersichtlichkeit des Baderaumes. In Lüben sind auf den Abteilungen für tuberkulöse und infektiöse Kranke außer der festen Badeeinrichtung noch fahrbare Wannen vorgesehen.

Illenau erwähnt die Einrichtung für Hydrotherapie mit CO_2-Bad sowie eines Sauerstoffinhalationsapparates, und die Aufstellung von heilgymnastischen Apparaten in der alten Kochküche und deren Nebenräumen. Salzburg vermehrte die Zahl der Sitzbadewannen und Einrichtungen für Fußbäder. Überall wurden für jeden Kranken Kästchen für die Toilettengegenstände angebracht.

Manche neueren Anstalten haben einen Extrabaderaum für Neuaufnahmen. Das scheint mir sehr zweckmäßig. Wie erschrickt mancher ängstliche Neuling, wenn er im gemeinsamen Baderaum von den anderen Kranken kritisiert wird, wie peinlich ist für manchen die genaue Leibesvisitation, besonders der behaarten Stellen. Wie leicht bringt wiederum ein erregt Eingelieferter beim Baden alle anderen Kranken ebenfalls in Erregung; alles das vermeidet das Isolierbad für Neuaufnahmen.

Die Erfolge der Dauerbäder wurden in Lübeck meist als recht gut bezeichnet, doch versagte in manchen Fällen von heftiger Erregung diese Behandlungsart auch wiederum völlig.

Noch schärfer äußert sich Warstein, wo die Erfahrung zeigt, daß Dauerbad und Bettbehandlung, besonders bei den Erregungszuständen der Dementia praecox bisweilen geradezu verhängnisvoll wirken. Es wird daher dort wohl bei Unruhe zuerst Dauerbad und Bettruhe verordnet, jedoch wieder aufgegeben, wenn nicht bald ein positiver Erfolg eintritt.

Die dauernde Isolierung wird nicht mehr erwähnt; wenn Kranke in ein einbettiges Nebenzimmer bei offener Tür gelegt werden, so ist das eigentlich doch keine Isolierung mehr, dagegen empfiehlt es sich oft, unsoziale Kranke vorübergehend zu isolieren, um die Umgebung vor ihnen zu schützen, andererseits ist die freiwillige Isolierung oft ein gutes Beruhigungsmittel, wie Pforzheim hervorhebt. Wie manchen Kranken reizt der Aufenthalt in einem Raume von Unruhigen, während der Aufenthalt im stillen Einzelraum als Wohltat empfunden wird.

Als Ersatz für Bäder und zur Beruhigung wird ferner nicht selten die Packung angewandt. Manche verurteilen sie ganz als Restraint schlimmster Art, andere wollen sie nur im Einverständnis mit den betreffenden Kranken vornehmen, wieder andere halten sie für das beste Beruhigungsmittel bei ängstlich erregten Kranken. Eine sorgfältige Individualisierung dürfte wohl in dieser Frage das einzig richtige sein.

Zweifellos bildet in überfüllten Anstalten die Packung oft das einzige Mittel, um unsoziale Kranke wenigstens zeitweise ungefährlich zu machen, wenn man sie nicht dauernd unter dem Einfluß von Morphium und Skopolamin halten will. Ja, wenn man immer so dislozieren könnte, wie es ärztlich richtig erscheint, wäre es oft leicht, Frieden und Ruhe auf den Abteilungen zu erhalten, aber gerade auf den unruhigen Abteilungen von überfüllten Anstalten sammeln sich oft derartig unsoziale und einander stets aufreizende Elemente in solcher Zahl an, daß man zwischen zwei Übeln das kleinere wählen muß und wenigstens die ärgsten Ruhestörer für einige Zeit zu packen sich gezwungen sieht. Wie oft bilden nicht degenerierte Verbrecher einen Stamm stets zu Gewalttat geneigter Kranker, solange nicht diese Elemente dauernd in Bewahrungshäusern untergebracht werden können.

Die früher nicht selten angewandte direkte mechanische Beschränkung wird nur in ganz vereinzelten Fällen, die durch die Umstände meistens

gerechtfertigt erscheinen, angewandt, so bei andauernder Sucht, sich selbst zu beschädigen, oder wenn die Kranken Operationsverbände nicht liegen lassen wollen. Die häufigste Anwendung scheint Kremsier zu machen, das 1909 viermal die Zwangsjacke anlegte, zum Schutze der Verbände nach Operationen, in 17 Fällen „bloß Schlußhandschuhe, teils zum selben Zwecke, teils um verschiedenen vorkommenden Unarten vorzubeugen". Pfullingen mußte 1909 in drei Fällen Lederhandschuhe anwenden, ein Kranker zerkratzte sich ständig, ein Paralytiker ließ den Gipsverband, den er wegen einer Fraktur tragen mußte, nicht sitzen, ein jugendlicher Kranker masturbierte so stark, daß er körperlich herunterkam. In dem niederösterreichischen Bericht wird mehrfach die Anwendung von „Schutzjacken" erwähnt, ein trefflicher euphemistischer Ausdruck. St. Pirminsberg mußte 1910 einem Katatoniker die Zwangsjacke anlegen, da derselbe ständig mit seinen Fingern an einem Hornhautgeschwür herumkratzte. Durch die Vergrößerung der unruhigen Abteilung konnte dort von der Anwendung der bis dahin üblichen „Deckelbäder" abgesehen werden.

Über die günstigen Folgen der Überführung und dadurch der Befreiung von beengten Verhältnissen mit den geschilderten Mißständen berichten Teupitz und Gabersee ausführlich. Nach Teupitz wurden in die eben fertiggestellten Häuser 274 Männer und 282 Frauen zusammen 556 Kranke überführt. Obwohl manche Anstalten ihre störendsten Elemente geschickt hatten, und daher sofort 72 Frauen und 78 Männer der Wachsaalbehandlung bedürftig waren, haben sich alle rasch und gut in die neuen Verhältnisse eingelebt. „Kranke, die in überfüllten Anstalten, namentlich in überfüllten Abteilungen für unruhige und störende Elemente außerordentlich schwer zu behandeln waren und daher häufig oder sogar meist isoliert gehalten werden mußten, konnten unter den besseren Verhältnissen in großen Wachsälen, wo ihnen infolge der geringen Belegung mehr Spielraum gelassen war, wo nicht Bett an Bett stand, sehr gut gehalten werden." Ja es gelang sogar, einige gefürchtete Patienten soweit zu beruhigen, daß sie auf einer ruhigen Abteilung sich beschäftigen konnten. Erstaunlich ist es zu lesen, daß nach Gabersee nach nur siebenmonatiger Bauzeit schon 60 Kranke überführt wurden. Die Häuser waren noch unfertig und unbehaglich, die Betten mußten die Kranken mitbringen, in den beiden Pavillons, die zur Verfügung standen, mußten ruhige, besonnene und zuverlässige Pfleglinge mit unruhigen, gewalttätigen, zerstörungssüchtigen, unreinen und total verblödeten Kranken gemeinsam untergebracht werden, dabei war fast das ganze Pflegepersonal gänzlich ungeschult. Und doch, es ging über Erwarten gut. Die allerdings meist der ländlichen Bevölkerung entstammenden Kranken fühlten sich sofort wohl, vermißten nichts vom Komfort der Münchener Anstalt und waren froh, zu ihrer altgewohnten Beschäftigung zurückkehren zu können, sie sahen was nottat und hielten es für selbstverständlich mitzuhelfen. Auch die Handwerker meldeten sich, suchten geeignete Lokalitäten und entwickelten aufs eifrigste ihre selbständige Tätigkeit.

Nicht selten gelang es sogar, Kranke auf der Höhe der Tobsucht im Holzhofe oder in der Waschküche zu beschäftigen, mit dem Erfolge, daß die Erregung weit milder verlief als wie auf der geschlossenen Abteilung, freilich gelang diese freie Behandlung nicht immer, ein Versuch wurde jedoch stets damit gemacht.

Hierbei sei die in Sachsen gemachte Beobachtung erwähnt, daß sich für offene Behandlung weit leichter geeignete Männer als Frauen finden. Obwohl nur halb soviel offene Plätze für Frauen als für Männer vorhanden waren, konnten fast nie alle Plätze der Frauenseite belegt werden, während es bei den Männern immer noch an Platz fehlte.

Alle Anstaltsberichte stimmen darin überein, daß eines der wichtigsten Heilmittel die Beschäftigungstherapie ist, besonders die Arbeit in der Landwirtschaft. Leider läßt sich dies nicht immer in erwünschtem Maße durchführen. Einmal bietet schon der Winter oft Schwierigkeiten, dann haben manche älteren Anstalten keinen Landwirtschaftsbetrieb, weil die Stadt sie umwachsen hat, wie es z. B. bei der Departementalanstalt in Düsseldorf der Fall war, schließlich kann nicht jedem arbeitsfähigen Kranken die bei der Feld- und Gartenarbeit nötige Freiheit gewährt werden. Nun bietet ja der innere Anstaltsbetrieb zahllose Möglichkeiten der Beschäftigung, für die Frauen in Wäscherei und Kochküche, im Gemüseraum, im Näh- und Flickzimmer, für die Männer im kleinen Handwerksbetrieb, bei der Reinhaltung der Gänge und Wege, doch genügt das immer noch nicht, sondern fast jede Anstalt hat mehrere Hausindustrien eingeführt, und habe ich einmal zusammengestellt, womit alles die Kranken beschäftigt werden; vielleicht dient das hin und wieder zur Anregung. Sehr beliebt ist vor allem das Kleben von Düten und Briefumschlägen (ein mustergültiger Betrieb war in der Departementalanstalt in Düsseldorf eingerichtet), ferner das Bürstenmachen; beides erfordert kaum Vorkenntnisse, noch einfacher ist allerdings das

Roßhaarzupfen. Schwieriger ist schon die Korbmacherarbeit vom einfachen Weidenkorb bis hinauf zum eleganten Korbstuhl aus Peddigrohr. In den Berliner Anstalten wurden in einem Jahre 77700 Zigarren angefertigt, das Mille im Wert von 22,50 M. Tuch- und Leinwandlumpen, sowie ausrangierte Wolldecken werden zu Tuchschuhen verarbeitet, daneben blüht die Pantoffelfabrikation. Blöde und sieche Frauen zerfasern in Lüben die Strumpfwollreste, es werden daraus wollene Steppdecken hergestellt, die leicht und warm sind und oft ein Federbett ersetzen. Die Hauptbeschäftigung der Frauen ist das Strumpfstricken, vereinzelt werden auch Strick- und Stopfmaschinen verwandt. In Ostpreußen wird noch das Federreißen geübt; in Wernigerode das Flechten von Waschleinen durch imbezille und idiotische Mädchen. Sehr verbreitet ist ferner das Anfertigen von Matten und Decken aus Stroh, Hanf und Kokosfasern, sowie die Kokosweberei. In Lüneburg wird gesponnen und das so gewonnene Garn auf einem Webstuhle weiter verarbeitet, ebenso treibt Neustadt Weberei und besonders Gobelinweberei für die Patienten der besser situierten Klassen. Diese lassen sich ja überhaupt nur schwer beschäftigen und eigene Lehrkräfte dafür anzustellen lohnt bei der meist geringen Zahl der Patienten an den einzelnen Anstalten nicht, während die Privatanstalten sich dieser Beschäftigung viel besser widmen können. In Illenau ist durch hohe Protektion die schwedische Handweberei im Gange. Spitzen werden in der Anstalt Friedrichsberg geklöppelt.

Das Bewahrungshaus in Göppingen läßt Holzlöffel und Vogelkäfige in einzelnen Zellen schnitzen.

In dem allerdings unter anderen Bedingungen arbeitenden Haus Schönow werden die Patienten außer mit Land- und Hausarbeit noch mit Körbeflechten, Buchbinden, Modellieren, Malen, Photographieren, Hütefabrikation, systematischen Turnübungen und sogar Säbelfechten beschäftigt. Viel Anregung bietet auch die von der Anstalt herausgegebene Zeitung „Unser Echo", die mit Beiträgen und Zeichnungen des Pflegepersonals und der Patienten versehen ist.

Der Tannenhof hat mit Erfolg auf den Frauenabteilungen Stickscheren eingeführt, welche vorn stumpf sind und sich nur wenig öffnen, zur Arbeit genügen, aber kein gefährliches Werkzeug darstellen.

Manche Anstalten kommen dem weiblichen Bedürfnis, etwas zu hegen und zu pflegen, oder mit etwas zu spielen dadurch entgegen, daß sie ihren unruhigen Patientinnen Puppen und kleine Tiere übergeben, damit sie vom Zerstören abgehalten werden.

Leider muß in vielen Anstalten die häusliche Beschäftigung der Patienten mangels passender Räumlichkeiten in den Keller verlegt werden und leidet darunter die Arbeitsfreudigkeit. Schon die Herstellung großer Arbeitsfenster in den Werkstätten rief lebhafte Befriedigung in Münsingen hervor.

Mit Recht stellt daher Eberswalde die Forderung nach besonderen Werkstättengebäuden auf. Die Zahl des Aufsichtspersonals kann dann geringer sein, als sie in mehreren kleinen verstreut liegenden Räumen nötig ist, die Ausnutzung der Arbeitskräfte kann durch Aufstellung von Arbeitsmaschinen, die gleichzeitig von einem Motor gespeist werden, eine bessere sein, schließlich besteht nicht die stete Gefahr, daß Werkzeuge auf die Abteilungen verschleppt werden und dort Mißbrauch damit getrieben wird. In Tapiau sollte ein derartiges Werkstättengebäude am 1. Juli 1910 bezogen werden. Es ist für fünfzig Arbeiter berechnet und ist mit den Unterkunftsräumen auf 102000 M. veranschlagt.

Wohl der modernen Ansicht unserer Arbeiterbevölkerung, daß der Staat stets für den Arbeiter aufzukommen habe, ist es zuzuschreiben, daß, wie Göppingen konstatiert, die Zahl der arbeitswilligen und leistungsfähigen Kranken langsam abnimmt, und zwingen können und dürfen wir sie ja nicht dazu. In Rybnik verweigern sogar staatlich anerkannte invalide Hütten- und Grubenarbeiter die geringste Handreichung, aus Furcht, dadurch „die Rente" zu verlieren.

Ein weiterer wichtiger Zweig der Behandlung bildet die geeignete Ernährung. Die Sondenfütterung ist mehrfach für längere oder kürzere Zeit notwendig gewesen und ausgeführt worden. Es wäre für Stoffwechseluntersuchungen ein äußerst lohnendes Gebiet, die Ausnutzung der mit Sonde eingeführten Nahrungsmittel zu bestimmen. Man kann ja sicher sein, daß der Pat. außer der Sondenernährung wirklich nichts zu sich nimmt und das Resultat der Untersuchungen absolut zuverlässig ist.

In Zwiefalten ist am 1. April 1908 eine besondere Siechenkost eingeführt worden. . Man ging von der Erwägung aus, daß die für arbeitende und körperlich gesunde Kranke an Qualität und Quantität wohl ausreichende Nahrung doch nicht den Ernährungsbedürfnissen und der Verdauungskraft siecher Personen angepaßt sei. Die Siechenkost muß erstens in kleineren Zeitabständen, als sonst üblich, gereicht werden, ferner darf sie den meist zahnlosen Kranken keine Schwierigkeiten beim Kauen bieten,

drittens muß sie so von der Küche geliefert werden, daß sie sofort gegeben werden kann, um ein Auskühlen bei nachträglicher Zubereitung auf der Abteilung zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurde die Fleischration für mittags auf 125 g vermindert, dafür vormittags noch $^1/_4$ Liter Milch und nachmittags $^1/_4$ Liter „Kaffee" eingeschaltet und häufiger eine Mehlspeise gegeben. Das Fleisch wird schon in der Küche püriert und der Leberwurstbrei z. B. sofort als Haschee zubereitet. Sonst gibt es noch Erbsensuppe mit Speck, saure Kutteln, verschiedene Breie, Kakao, Eiermilch etc. An Brot werden täglich vier Milchbrötchen und 125 g Weißbrot verabfolgt. Obwohl die Fleischkost zugunsten der Kohlehydrate zurücktritt, wird die Nahrung doch stets gern genommen, und die Patienten haben fast alle dabei ihr Körpergewicht vermehrt. Für die Verwaltung stellte sich diese Beköstigung sogar um zwei bis drei Pfennig billiger pro Person und Tag, und außerdem wurden dadurch viele Sonderanordnungen entbehrlich.

In anderen Anstalten konnte durch erhöhten Kostenaufwand die Nahrung verbessert werden, und hat sich dabei als angenehme Nebengabe ein wesentlich ruhigeres Verhalten der unruhigen Elemente ergeben.

In der Hohenmühle, einer Kolonie von Weinsberg, wurden kranke Frauen viel am Kochherd selbst beschäftigt, da die Zentralküche zu weit ablag, um die Beköstigung übernehmen zu können. Nicht nur zeigten die Frauen viel mehr Lust zu dieser Tätigkeit, als zu dem sonst üblichen eintönigen Kartoffelschälen, Gemüseputzen und Geschirrwaschen, sondern sie setzten auch ihren Ehrgeiz hinein, bei gleicher Naturallieferung schmackhaftere Kost herzustellen, was ihnen nicht selten gelang. Es ist diese Willigkeit zur Arbeit wohl verständlich, da sich diese Beschäftigungsart dem kleinen gewohnten Haushaltsbetriebe nähert.

Im Kgr. Sachsen hat sich die Beköstigung ohne Kostregulativ seit 3—4 Jahren stets gut bewährt, „die Etatssätze wurden nicht überschritten, nur klagte die Landwirtschaft über geringere Mengen von Spülicht".

Über die Entalkoholisierung der Anstalten ist wenig zu berichten. Die neue Beköstigungsordnung der Berliner Anstalten von 1908 legt vermehrtes Gewicht darauf, „anstatt des Bieres Milch und Selterswasser sowie warme Getränke zu verabfolgen".

Eglfing führte in 18 von 32 Häusern die totale Abstinenz der Kranken durch. Seit 1905 schränkte Weißenau den Alkoholkonsum ein, um ihn 1906 gänzlich für Kranke und Pflegepersonal zu verbieten, letzteres erhält eine Entschädigung dafür, die Kranken bekommen Most, Limonade und Milch, Übelstände sind nicht aufgetreten, im Gegenteil, es ist viel ruhiger auf den Abteilungen geworden. Auch das Wartepersonal fand sich schnell darein. Verfasser machte die gleichen günstigen Erfahrungen während seines Aufenthaltes in Grafenberg und hier. Von nicht zu unterschätzender Wirkung auf die Kranken, namentlich die Alkoholiker, ist das gute Beispiel des fröhlich arbeitenden Personals. Da sehen diese Leute eben, daß man auch ohne Alkohol tüchtig arbeiten kann. Seit dem 1. Mai 1908 wurden in allen Württembergischen Anstalten keine alkoholischen Getränke mehr verabfolgt. Das Personal wird entschädigt, die verpflegten Anstaltsärzte enthalten 200 M. pro Jahr dafür ausgezahlt.

In den Anstalten, welche noch Alkohol verabfolgen, steigt der Konsum nicht über $^1/_4$ bis $^1/_8$ Liter pro Tag und Kopf. Das ist immerhin relativ wenig, aber völlige Abstinenz ist doch das einzig Erstrebenswerte.

Der freie Ausgang wird immer mehr ausgedehnt; wenn auch hin und wieder ein oder der andere Kranke den Heimweg nicht mehr findet, so überwiegen die Vorteile doch bei weitem die Nachteile.

Von den Angehörigen wurde die Erlaubnis zum Besuch der Kranken überall fleißig in Anspruch genommen, in Eglfing wurden deren 30000 gezählt. Der Besuch ist das beste Mittel, Laien über das Schicksal „der armen Eingesperrten" zu beruhigen. Freilich bringt dies viel Mehrarbeit mit sich. Manche Anstalten haben bestimmte Besuchstage, andere lassen täglich den Besuch zu. Kinder im schulpflichtigen Alter sollten vom Besuch der Abteilungen ausgeschlossen sein. Einmal können sie Eindrücke empfangen, die für ein Kind nicht geeignet sind, ferner verlangen sie vermehrte Aufsicht. Wer hat die Verantwortung, wenn ihnen da etwas passiert? Die Mutter oder das Personal? Schließlich können sie direkt Schaden stiften. Es ist vorgekommen, daß ein achtjähriges Mädchen ihrem Vater ein Taschenmesser gab, womit dieser nachher in erregter Weise das Personal bedrohte.

Eine sehr zweckmäßige Einrichtung hat Lüben getroffen. Bei der Einlieferung oder der ersten brieflichen Anfrage erhalten die Angehörigen folgenden Zettel:

„Zur gefälligen Beachtung. 1. Alle Anfragen, Anstaltspfleglinge betreffend, sind an die Anstaltsdirektion zu richten. 2. Jedem Ersuchen um Auskunft ist das Porto für dieRückantwort beizufügen. 3. Aus jeder

Anfrage muß der volle Name des betreffenden Kranken, sowie Name und Wohnort (Straße, Hausnummer) des Absenders zu ersehen sein. 4. Auskunft wird auf alle Anfragen, in der Regel jedoch nur nach einer Seite hin, d. h. den nächsten Anverwandten, Vormündern und Pflegern erteilt. 5. Es ist gestattet, mit den Kranken in brieflichen Verkehr zu treten und denselben Pakete zugehen zu lassen. 6. Besuche von Angehörigen bei Anstaltspfleglingen werden, falls es deren Zustand gestattet, jederzeit zugelassen, es empfiehlt sich jedoch eine vorherige Anfrage, ob etwa einem Besuche Bedenken entgegenstehen. 7. Angabe der Besuchszeiten. 8. Abholungen von Pfleglingen aus der Anstalt finden nur an Wochentagen und zu den Bureaustunden statt. 9. Eßwaren und sonstige Gegenstände dürfen den Anstaltspfleglingen mitgebracht werden, sind jedoch nicht diesen, sondern dem Pflegepersonal einzuhändigen. Etwaige für Pfleglinge bestimmte Geldbeträge (Taschengeld) sind an die Anstaltskasse abzuliefern."

Es wäre nur noch hinzuzufügen, daß der Besuch von Kindern unter 14 Jahren verboten ist. Ferner scheint es mir zweckmäßig, schon bei der Einlieferung stets eine genaue Adresse der Angehörigen in die Akten aufnehmen zu lassen und nicht zu warten, bis diese sich selbst melden.

Zur Erheiterung der Kranken dienten Vorstellungen, Festlichkeiten, Lichtbildervorträge etc. in gewohnter Weise. Fast stets gelingt es, eine „Anstaltskapelle" zu halten, teils aus Pflegern, teils aus Kranken, oder nur von Patienten besetzt, wie Wuhlgarten berichtet. Für geschlossene und Siechenabteilungen eignet sich sehr ein Grammophon, das abwechselnd auf den Abteilungen Sonntags herumgegeben wird. In Zwiefalten wurde die neuerbaute Orgel mit einer Selbstspielvorrichtung — Organola — versehen und befriedigt allgemein.

Zum Schluß seien noch einige Angaben über die klinische Behandlung gemacht. Der Gebrauch der Narkotika wird in allen Anstalten nach Möglichkeit eingeschränkt. Ganz ohne dieselbe kommt keine Anstalt aus. Kremsier gibt einen Überblick über den Verbrauch im einzelnen bei einer durchschnittlichen Belegungsziffer von 1909: 924 (517 Männer und 417 Frauen), 1910: 1067 (608 Männer und 459 Frauen) Kranken:

	1909	1910
Scopolamin	2,16	0,48
Hyoscin hydrochl.	0,03	—
Trional	17450,00	10175,00
Sulfonal	11150,00	10200,00
Chloralhydrat	10200,00	13900,00
Paraldehyd	27500,00	35500,00
Amylenhydrat	8300,00	18000,00
Isopral	2700,00	975,00
Medinal	580,00	645,00
Veronal	525 00	400,00
Morphium	93,00	3,18

Bis auf Chloralhydrat, Paraldehyd und Amylenhydrat, die allerdings bedeutend im Gebrauch gestiegen sind, ist eine ganz auffällige Verminderung in der Anwendung von Arzneimitteln, trotz erhöhter Belegungsziffer eingetreten. Gründe dafür werden leider nicht angegeben.

Über die Behandlung der Epilepsie finden sich mehrere Notizen. Die Versuche mit neueren Brompräparaten: Bromeigon, Bromglidine, Bromokoll und Epileptol — kondensierte Amido-Ameisensäure — haben in Weißenau wenig befriedigt, ebenso war es mit dem Bromural in Wiesloch. Epileptol war zuerst von guter Wirkung, versagte aber bei längerem Gebrauche völlig. Das Sabromin hat den Vorzug der absoluten Geschmacklosigkeit und der erheblich geringeren Neigung, Hautausschläge hervorzurufen, ist also zur Abwechslung in der Bromtherapie nicht ungeeignet und wird deshalb von Emmendingen sehr gelobt. Dagegen hat sich das Veronal bei leichteren Fällen von Epilepsie, besonders bei Frauen, und bei frischen Fällen ganz gut bewährt. Günstiges über die Opiumbromkur bei 17 Epileptikern berichten die Alsterdorfer Anstalten, allerdings bleibt der Dauererfolg noch abzuwarten. Im epileptischen Status läßt das Amylenhydrat selten im Stich, wie der sächsische Bericht hervorhebt. Der Tannenhof wendet seit zwei Jahren Extractum piscidiae erythrinae fluidum an auf Empfehlung von Weißenau. Ein Einfluß auf Intensität und Häufigkeit der Anfälle konnte nicht mit Sicherheit konstatiert werden, wohl aber eine Verminderung der Reizbarkeit.

Dösen verabfolgt seit Juli 1909 den Kindern fleischlose Kost, um die Krampfanfälle herabzusetzen. Ein abschließendes Urteil konnte noch nicht gefällt werden, doch scheint es, als ob die Kinder weniger zu Unreinlichkeit neigen und vielleicht in ihrem äußeren Verhalten geordneter und ruhiger sind. Außer diesen Mitteln und ausgedehnten hydropathischen Prozeduren wurden im Wilhelmstift zu Potsdam noch Atropin, Adonis, Zink, Zincum valerianum und Solanin, aber ohne wesentlichen Erfolg, angewandt.

In der Piersonschen Heilanstalt wurden methodische Opiumkuren nicht nur bei Melancholikern, sondern auch bei manisch und kataton erregten Kranken mit gutem Erfolg vorgenommen. Zur Behandlung der Paralyse wandte Neustadt in 2 Fällen 10% Natr. nucleinicum mit Erfolg an. Die Remissionen, welche eintraten, haben bis jetzt fünf resp. sechs Monate angedauert. Freilich bildete sich zuerst bei einem Patienten ein tiefgehender Muskelabszeß. Dieselbe Anstalt machte auch mit Einspritzungen von Natrium kakodylicum gute Erfahrungen bei Neurasthenikern, während das Nucleogen völlig versagte und nur Reizungen an der Injektionsstelle hervorrief.

Den ersten Bericht über Salvarsan bringt der Tannenhof (1911). Einige Fälle von hereditärer Lues, von Gehirnlues und tertiärer Lues wurden scheinbar gut beeinflußt. Eine Taboparalyse zeigte nur Besserung der paralytischen Symptome, während eine andere progressive Paralyse unbeeinflußt blieb. Mehrere Fälle von Paralyse zeigen größere oder geringere Besserung, die seit $^3/_4$ Jahren anhält. Doch heißt es am Schluß, „daß die metasyphilitischen Erkrankungen keine Domäne für das Salvarsan zu bilden scheinen, und man es in unsern Anstalten wohl immer nur ausnahmsweise zur Anwendung bringen wird."

Als Kuriosum sei noch die bedeutende Besserung in Saargemünd und im Tannenhof eines an Dementia paralytica leidenden Patienten nach einem Erysipel mit multiplen Abszedierungen erwähnt. Die Remission war so auffallend, daß Patient entlassen werden konnte.

Über die Behandlung des Typhus müßten eigentlich, entsprechend den vielen Erfahrungen damit, einige Notizen zu finden sein, doch wird nur über erfolglose therapeutische Versuche berichtet. In Andernach wurde einer 70jährigen Bazillenträgerin eine Zeitlang salizylsaures Natron gereicht, es schien günstig zu wirken, doch traten Herzkomplikationen auf, und wurde das Mittel daher abgesetzt. Ebenso erfolglos blieben die Versuche in Saargemünd, die Sekrete der Bazillenträger durch Darreichung von Laktobazillin (Maya bulgaris) oder von Solveol typhusbazillenfrei zu machen. Im Tannenhofe wurde versucht, Gallenblase und Darm einer Bazillenträgerin mit Salyl keimfrei zu machen, doch vergebens. Man riet ihr zur Gallenblasenoperation, die ja in manchen Fällen geholfen hat. In der Rekonvaleszenz beim Typhus benutzt der Tannenhof ferner mit Erfolg Yoghurtpräparate.

Die Behandlung mit längeren oder kürzeren Bädern wurde vorhin schon erörtert. Ich möchte hier nur noch kurz hinzufügen, daß auch in diese etwas stagnierende Therapie Abwechslung zu kommen scheint. Verschiedene Anstalten haben Apparate für Kohlensäure- und Sauerstoffbäder aufgestellt und rühmen deren Wirkung, so z. B. Neustadt die beruhigende und schlafmachende Wirkung der Ozetbäder bei Melancholikern und nervösen Kranken. Andere begnügen sich mit Badezusätzen, wobei besonders das Fluinol gelobt wird. Am weitesten geht Eberswalde, das eine vollständige Einrichtung für Hydrotherapie fordert. „Ein Duschebad mit den verschiedenen Arten von Duschen, ein Heißluftbad mit Massageraum, dem jetzt nach Einführung der Elektrizität zweckmäßig ein elektrisches Lichtbad angegliedert werden kann, sind Forderungen der heutigen Behandlung von Krankheiten aller Art, die sich für jede größere Krankenanstalt eigentlich von selbst verstehen und in allen neueren Anstalten auch vorgesehen sind."

Verfasser kann dem nur zustimmen. Es läßt sich mit Hydrotherapie manches erreichen, was mit Arzneimitteln nicht erzielt werden kann. Nur um einer Mode nachzugeben, haben die großen allgemeinen Krankenhäuser sich nicht diese kostspieligen Apparate angeschafft, sondern weil man sich von ihrer Wirksamkeit überzeugen konnte. So wird es auch in unserer Spezialdisziplin sein, es kommt langsam, aber es kommt sicher, wie die Freiluftbehandlung als Vorläufer schon da ist, und mit der Hydrotherapie kommt auch die Elektrotherapie mit ihren modernen Apparaten. Eins muß ich allerdings aus mehrjähriger eigener Erfahrung betonen: Hydrotherapie und Elektrotherapie wollen besonders gelernt und fleißig geübt sein. Sie erfordern in ihrer Anwendung mehr Nachdenken und mehr Individualisierung als die medikamentöse Therapie, da die Anwendungsformen ungleich mannigfacher sind.

Manche Anstalten, z. B. der Tannenhof und das Wilhelmstift in Potsdam u. a. sind dazu übergegangen, die Zahnbehandlung in die Hand eines Spezialisten zu legen und damit für die Konservierung der Zähne zu sorgen.

Sehr lästig tritt bisweilen die Furunkulose nach Dauerbädern auf. Die Patienten werden dagegen eingepudert oder eingefettet. Ich selbst habe das Abreiben mit Franzbranntwein unmittelbar nach dem Bade für sehr gut befunden. Man stelle sich einmal vor, wie weich und infektionsfähig die Haut nach einem Dauerbade schon an und für sich ist, nun kommt der Patient, der doch häufig unruhig ist, in

sein Bett, das meist mit ziemlich rauhem Stoff bedeckt ist, dazu liegen oft noch Brotkrümel darin, was ist natürlicher, als daß sich der Patient ein Furunkel „anreibt". Wird nun aber die Haut wieder durch den Spiritus gehärtet und geschlossen, d. h. entwässert, so ist die Gefahr der Infektion viel geringer. Ich habe nie gemerkt, daß das Personal die kleine Mühe des Abreibens scheute, weil der Vorteil zu offensichtlich war. Entsteht doch einmal ein Furunkel, so lasse ich es sofort in größerem Umfange mehrmals tüchtig mit der jetzt so beliebten Jodtinktur pinseln.

Noch eine andere Verwendung der Jodtinktur möchte ich nicht unerwähnt lassen, nämlich beim Erysipel. Es gelang mir fast in allen Fällen, eine weitere Ausbreitung einer erysipelatösen Entzündung durch konstantes Umpinseln der Ränder mit Jodtinktur zu verhindern. Und es ist dies auch nicht zu verwundern, da die Jodtinktur einerseits sehr energisch desinfizierend wirkt, andererseits das Erysipel ja ganz oberflächlich verläuft. Vorzüglich hat sich mir auch das in letzter Zeit öfters empfohlene einprozentige Karbolglyzerin bei tieferen Abszessen und Karbunkeln bewährt. Ich gieße oder spritze es einfach hinein oder lege damit getränkte Tampons ein. Das Karbolglyzerin hat den Vorteil, daß es farb-, geruchlos und ungiftig ist, sich nicht zersetzt, die Wäsche nicht angreift und last not least auch billig ist. Es fiel mir fast stets auf, wie breit und tief sich das Gewebe abstieß, um nachher mit auffallend geringer Narbenbildung zu heilen. Ob die gute Wirkung des Glyzerins daher kommt, daß es ein sechswertiger Alkohol ist, kann ich nicht beurteilen. — Wenn ich noch erwähne, daß Neustadt bei Ulcus cruris 8% Scharlachrotsalbe mit sehr gutem Erfolge verwendet, so glaube ich, alles Wissenswerte für dieses Kapitel herbeigetragen zu haben.

Koloniale und Familienpflege.

Als man dazu überging, wegen Überfüllung der Anstalten Kranke systematisch in Familienpflege zu geben und damit aus der Not eine Tugend machte, war es wohl niemand klar, daß damit ein neuer und wichtiger Weg der Irrenbehandlung beschritten wurde. Immer mehr Anstalten versuchen es jetzt mit dieser Behandlung, ermutigt durch die fast stets günstigen Erfahrungen, über welche mehr oder minder ausführlich berichtet wird. Da diese Behandlungsweise noch verhältnismäßig neu ist, haben sich bestimmte leitende Grundsätze bezüglich der Auswahl der Kranken, ihrer Unterbringung, der ärztlichen Versorgung und Kontrolle noch nicht ergeben und verfährt da jede Anstalt nach eignem Gutdünken. Im allgemeinen werden natürlich nur soziale Kranke und noch relativ Gesunde ausgesucht werden, doch sind diese Begriffe sehr dehnbar, wie aus der Tabelle des St. Jürgen-Asyls ersichtlich.

	Von den 83 in Familienpflege aufgenommenen litten an:			Von den 78 aus der Familienpflege entlassenen litten an:		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
Dementia praecox	18	18	36	21	11	32
Paranoia	1	2	3	1	3	4
Man.-depressiv. Irresein	—	3	3	1	4	5
Senile Melancholie	—	3	3	—	—	—
Imbezillitas	5	3	8	5	5	10
Dementia senilis	1	3	4	3	4	7
Lues zerebrospinalis	3	—	3	1	—	1
Paralyse (2 Fr. gest.)	1	—	1	1	—	1
Hysterie	1	3	4	1	3	4
Zwangsneurose	—	1	1	—	1	1
Traumat. Neurose	1	—	1	1	—	1
Myelitis	1	—	1	1	—	1
Epilepsie (1 Fr. gest.)	3	2	5	4	—	5
Chron. Alkoholismus	2	3	5	1	1	2
Tabes	1	—	1	—	—	—
Enzephalomalarie	—	1	1	—	—	—
Hemiplegie	—	—	—	1	—	1
Marasmus senilis	—	1	1	—	1	1
Tuberkulose	1	—	1	1	—	1
Herzfehler	1	—	1	—	—	—
Knochentuberkulose	—	—	—	—	1	1
Gesund	—	1	1	—	—	—

Man sieht, es ist da so ziemlich alles untergebracht, was überhaupt in einer Irrenanstalt zur Behandlung kommt.

Es hat sich gezeigt, daß die Familienpfleglinge ebenso gut in der Stadt als auf dem Lande untergebracht werden können, nur ist für Stadtwohnungen ein Garten zum Genuß der frischen Luft sehr erwünscht, doch nicht absolut erforderlich. Auch Beruf und Familienstand spielen keine Rolle. Am liebsten wird es natürlich gesehen, wenn die verpflegende Person mit Irrenpflege schon vertraut ist. In Dösen bei Leipzig haben folgende Berufe Kranke verpflegt: Steinmetz, Arbeiter, Litograph, ehemaliger Hausmeister, Monteur, Zigarrenmacher, Architekt, ehemaliger Gärtner, Anstaltspfleger (im Dorfe Dösen), Straßenbahnführer, Vermieterinnen, Plätterinnen, Näherinnen etc. Dem Familienstand nach waren 18 verheiratet, 6 verwitwet, 2 getrennt lebend und 5 ledig. Meist liegt die Pflege in der Hand der Frau, die

sich ihr besonders gut widmen kann, wenn nicht zu viele Kinder da sind. Im übrigen wirkt das Zusammenleben mit Kindern fast immer sehr günstig ein. Beide, Kinder und Kranke verstehen sich bald recht gut und schließen innige Freundschaft. Die Kinder rechnen die Kranken schnell zur Familie und bezeichnen sie als Onkel, Tante, Großmutter etc.

Von so manchem Kranken, der in der Anstalt zu keiner Arbeit zu bringen war, oder als Nörgler und Querulant sich und anderen das Leben verbitterte, wird mit berechtigtem Stolze erzählt, wie er im Schoße der Familie wieder zu einem arbeitswilligen, relativ zufriedenen Menschen wurde.

Besonders ausführlich über die Familienpflege berichtet Eberswalde, das für diese Kranken einen eigenen Arzt in der Stadt stationiert hat, der einerseits die Kranken regelmäßig besucht, ihre Wünsche und Klagen entgegennimmt, die Pfleger belehrt, ihnen Verhaltungsmaßregeln gibt, eventuell einen Wechsel der Stellen veranlaßt, andererseits aber auch durch tägliche Teilnahme an den Ärztekonferenzen den Zusammenhang mit der Anstalt aufrecht erhält. Auch Dösen hat seit 1908 einen Oberarzt in der Stadt Leipzig, dasselbe beabsichtigt das Asile de Cery. In den übrigen Anstalten kommen die Pfleglinge meist allmonatlich zur Anstalt, werden untersucht, gebadet, gewogen und dann wieder zurückgeschickt. Für die im Dorfe Chorinchen bei Eberswalde untergebrachten ländlichen Kranken versieht ein verheirateter Wärter die Oberaufsicht, der wöchentlich einmal Rapport erstattet. Er ist telephonisch mit der Anstalt verbunden, hat selbst Kranke in Pflege und kann körperlich oder geistig plötzlich Erkrankte in einem besonderen Krankenzimmer unterbringen. Das Haus enthält außerdem noch ein ärztliches Untersuchungszimmer und ein Bad, das regelmäßig benutzt wird.

In Göttingen ist ein Wärterdörfchen für diejenigen Kranken eingerichtet worden, „bei denen ein Versuch mit der Familienpflege ratsam erscheint, die aber noch einer intensiveren ärztlichen Aufsicht bedürfen und deshalb nicht allzuweit von der Anstalt fortgegeben werden können."

Das Burghölzli bezeichnet direkt die Einrichtung der staatlichen Familienpflege als das wichtigste Ereignis. Allerdings mußten von 22 Kranken fünf wieder zurückgebracht werden, und wurde ein spezielles Inspektorat mit 7000 Fr. dafür in den Ausgabeetat eingestellt.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Denkmünze der Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Die Gesellschaft deutscher Nervenärzte hat auf ihrer fünften Jahresversammlung beschlossen, der im Vorjahre Wilhelm Erb, dem berühmten Heidelberger Neurologen, zum 70. Geburtstage überreichten Denkmünze dauernde Bedeutung dadurch zu verleihen, daß sie als Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiete des Nervensystems alle drei Jahre verliehen werden soll. Zum ersten Male wird sie im Jahre 1913 verliehen, und zwar nur an Forscher aus dem deutschen Sprachgebiet. Der Preisträger braucht nicht Mitglied der Gesellschaft zu sein. Mit der Denkmünze ist ein Ehrengeschenk von 1000 Mark verbunden. Die Denkmünze soll nur einmal an denselben Preisträger fallen. Die Jury besteht aus fünf von der Gesellschaft zu wählenden Mitgliedern. Zurzeit gehören ihr an: Mingazzini in Rom, Obersteiner in Wien, A. Pick in Prag, F. Schultze in Bonn und v. Strümpell in Leipzig.

— **Bad. Minister Freiherr von Bodman Ehrendoktor der Medizin.** Bei der neulichen Universitätsfeier in Freiburg i. Br. (Einweihung des neuen Kollegienhauses) wurde der Ehrendoktor der Medizin verliehen dem Großh. badischen Minister des Innern Freiherrn von Bodman und zwar in erster Reihe wegen seiner Verdienste um den Ausbau des badischen Irrenwesens.

— **von Krafft-Ebing-Biographie.** Friedrich Freiherr v. Krafft-Ebing, ein Sohn des berühmten Psychiaters, richtet im Namen der Erben des letzteren an alle jene Persönlichkeiten, die in der Lage sind, zu einer Biographie seines Vaters Briefe, andere den Verstorbenen betreffende Schriftstücke oder sonstwelche zweckdienliche Mitteilungen beizusteuern, die Bitte, dieselben baldmöglichst an Dr. Richard Sexau, München, Gedonstraße 4, gelangen zu lassen. Jede gewünschte Diskretion wird zugesichert, das zur Verfügung gestellte Material binnen kurzer Frist zurückgesandt und Kosten bereitwillig ersetzt.

Referate.

— Nogke, Karl, In jedes Menschen Gesichte steht seine Geschichte. Eine Einführung in die Physiognomik. Mit 140 Abbildungen. Orania-Verlag, Oranienburg.

Nach einer Übersicht über das Geschichtliche der Physiognomik gibt Verf. in anregender Darstellung eigene und fremde Beobachtung über die physiognomischen Merkmale an Kopf, Stirn, Auge, Nase, Mund, Kinn,

Wangen und Ohr. Wenngleich manche Behauptungen noch sehr weiterer Prüfung bedürfen, so entbehren Bilder und Text nicht des Interesses. G. Ilberg.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— Die Medico-psychological Association of Great Britain and Ireland ernannte in ihrer Jahressitzung am 13. und 14. Juli 1911 zu Ehrenmitgliedern: Geh. Rat Prof. Dr. Karl Moeli-Berlin-Herzberge, Sir Horatio Boyan Donkin-London und Prof. Dr. Réné Semelaigne-Paris; zu korrespondierenden Mitgliedern: Prof. Dr. Boedeker-Schlachtensee, Oberarzt Dr. Falkenberg-Berlin-Herzberge, Prof. Dr. Friedländer-Hohe Mark.

— **Friedrichsberg b. Hamburg.** Volontärarzt Dr. F. W. J. Rothenbücher und Assistenzarzt Dr. F. W. Vorbrodt sind am 1. Nov. aus dem Dienst der Anstalt geschieden.

— **Königsberg i. Pr.** Medizinalassessor Prof. Dr. E. Meyer erhielt den Charakter als Medizinalrat.

— **Straßburg i. E.** Prof. Dr. Wollenberg erhielt den Titel Geheimer Medizinalrat.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34. 18. November **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich. Vom kaiserl. Rat Dr. Pius Deiaco, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Pergine. (S. 339.) — Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. G. Werner in Bedburg bei Cleve. (Fortsetzung.) (S. 344.) — Die Anstaltsfeuerwehr der Heil- und Pflegeanstalt Kortau. (S. 349.) — Mitteilungen (S. 350): Eine für das Irrenwesen prinzipiell wichtige Entscheidung. Die Affäre des Studenten Hagen. — Personalnachrichten (S. 351)

Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich.*)

Vom kaiserl. Rat Dr. *Pius Deiaco*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Pergine.

I. Alle Psychiater Österreichs sind darin einig, daß die geisteskranken Verbrecher und die verbrecherischen Geisteskranken aus den Gefängnissen ausgeschieden und getrennt versorgt werden müssen.

Es gibt heute in Österreich kaum ein sehnlicheres Streben als nach einer Reform des Strafrechtes, welche den Formen modernen Lebens und Verkehres sich anpaßt" [1]).

Mit diesen Worten schließt Herz seine Untersuchungen über die Verbrechensbewegung in Österreich in den letzten 30 Jahren. Aber nicht allein der Jurist hat vollen Grund, sich nach einer Reform des Strafrechtes zu sehnen, auch wir Psychiater schließen uns diesem Streben an, weil wir wissen, daß mit der Reform des Strafrechtes unbedingt eine Regelung der Versorgung jener Geisteskranken einhergehen muß, welche bei den derzeit herrschenden, unklaren Verhältnissen wie ein Ball hin- und hergestoßen werden und deren Behandlung eine Rechtsunsicherheit mit allen ihren Folgen für die Gesellschaft schafft, ich meine die rechtbrecherischen Irren, besonders aber die rechtbrecherischen Minderwertigen und Psychopathen.

Tatsächlich konnten wir vor wenigen Monaten lesen, daß das Justizministerium zu dem im Entwurfe vorliegenden neuen Strafgesetze eine Reihe von erläuternden Bemerkungen herausgegeben hat, [2]) in denen das Ministerium wiederholt den Standpunkt vertritt, daß mit der Reform des Strafgesetzes unbedingt eine Reihe anderer Reformen Hand in Hand zu gehen habe, wenn nicht das neue Strafgesetz in vielen Beziehungen wirkungslos bleiben soll. Eine der bemerkenswerten Forderungen, die das Justizministerium aufstellt, ist die nach Errichtung staatlicher Irrenanstalten, in denen nicht nur gemeingefährliche, verbrecherische Irre zu internieren seien, sondern auch trunksüchtige sowie geistig minderwertige Verbrecher.

Auf diese Weise würden die derzeitigen Beziehungen der Strafrechtspflege zur Irrenpflege, welche wie Tilkowsky sagt, vom obersten Sanitätsrate als ein Chaos bezeichnet wurden, das zu den bedauerlichsten Folgen führt, geregelt werden. Hiermit ist die Frage der Versorgung irrsinniger Verbrecher und verbrecherischer Irrsinniger auch in Österreich in ein aktuelleres Stadium getreten, und lohnt es sich gewiß der Mühe, den Standpunkt zu präzisieren, welchen wir Anstaltspsychiater Österreichs dieser Frage gegenüber vertreten.

Bevor ich an die Behandlung derselben herantrete, möchte ich gleich schon den einen Gedanken vorwegnehmen, daß nämlich dieses Thema von zwei verschiedenen und doch so eng zusammenhängenden Gesichtspunkten aus behandelt werden könnte. Die Unterbringung der rechtbrecherischen Irren interessiert nicht ausschließlich den Psychiater als solchen, sondern sie ist in eminenter Weise auch eine Verwaltungsfrage von größter Bedeutung, und ich kann daher den Ausführungen v. Kunowskys [3]) nur vollauf beistimmen, wenn er sagt, „es sei eine Verkennung der Sachlage, wenn Näcke glaubt, daß die Form der Unterbringung geisteskranker Verbrecher im Vordergrund des Interesses stehe und Gegenstand leidenschaftlichen Streites sei. Die Form begegnet einem beschränkten irrenärztlichen Interesse und

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 6. Oktober 1911.

wird besonders von verwaltungstechnischen Rücksichten bestimmt." Von diesem Standpunkte aus besprach diese Frage auch Tilkowsky, welcher behauptete, daß der einzige Grund allen Übels nur darin liegt, daß die kriminellen Geisteskranken von der Staatsverwaltung in die Landesverwaltung kommen, und das bildet für ihn das kräftigste Argument für die Errichtung von Staatsanstalten bezw. Adnexen an Strafanstalten. Ja, administrative Motive haben den Landesausschuß von Niederösterreich sogar bewogen, für die Ausscheidung der kriminellen Geisteskranken aus den Irrenanstalten einzutreten, indem er auf die bedenkliche Beeinträchtigung des Rufes der Irrenanstalten hinwies.

Jedoch soll dieser zweite Gesichtspunkt in meinen Ausführungen nicht eingehend behandelt werden, denn das würde mich weit über das vorgesteckte Ziel hinausführen. Er soll aber auch nicht vollends übergangen werden und im richtigen Momente die ihm gebührende Würdigung erfahren.

Wenn wir eine genaue Umschau halten in der die Unterbringung rechtbrecherischer Irren betreffenden Literatur, so müssen wir offen gestehen, daß fast noch auf allen Gebieten dieser Frage eine geradezu beispiellose Uneinigkeit der Anschauungen herrscht, trotzdem Näcke[4]) behauptet, daß die Frage des Versorgungsmodus schon gelöst sei. Die Hauptfrage, ob Adnexe oder Zentralanstalten zu bauen sind, sagt Näcke, ist schon gelöst, und zwar im Sinne der Adnexe. Und dennoch ist derselbe Autor etwas später gezwungen zu gestehen, daß die Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher noch immer nicht zur Ruhe kommen will, und daß der Streit zwischen Zentralanstalten, Adnexen an Gefängnissen und Adnexen an Irrenanstalten immer noch woge. Das Zünglein der Wage, sagt Näcke weiter, neige jedoch mehr zu den ersten zwei.[5]) Aber darin sind alle einig, daß die Geisteskranken von den Strafgefangenen getrennt, also aus der Strafhaft herauskommen müssen. Wenn eine unwesentliche Meinungsdifferenz in diesem Punkte noch besteht, so bezieht sie sich vorwiegend auf die defekten Persönlichkeiten; wir wissen ja ganz gut, daß diese geistig minderwertigen Individuen, welche nicht an einer ausgesprochenen Psychose leiden, weder in das Gefängnis noch in die Heilanstalt gehören, sondern daß diese extrasozialen und zum Teile antisozialen Elemente, wie Pelman[6]) sie nennt, in eine Verwahranstalt gebracht werden sollen, ein Mittelding zwischen Gefängnis und Heilanstalt. Aber nicht alle sind dieser Meinung. Krohne und Finkelnburg z. B. treten mit Nachdruck dafür ein, die Defektmenschen in den Strafanstalten zu belassen.[7])

Abgesehen also von diesen, die allgemeine Frage nicht wesentlich berührenden Verschiedenheiten der Anschauungen steht es sowohl vom humanitären als auch vom wissenschaftlichen Standpunkte aus völlig fest, daß geisteskranke Verbrecher, und zwar sowohl diejenigen, welche schon zur Zeit der Tat nachweislich geisteskrank waren, als auch jene, welche erst in der Strafhaft geistig erkrankten (die verbrecherischen Irren und die irren Verbrecher), in das Gefängnis nicht gebracht bezw. aus demselben ohne weiteres herausgenommen werden müssen. Aber wie Sölder ganz richtig bemerkt, mit der Befreiung des für unzurechnungsfähig erklärten Verbrechers von der Strafe ist die Aufgabe des Staates noch nicht erledigt. Die Sicherheit der Gesellschaft erfordert bestimmte Vorkehrungen, namentlich weitere Unterbringung in allen jenen Fällen, in denen Gemeingefährlichkeit fortbesteht.

II. Warum verweigern die Irrenanstalten die Aufnahme geisteskranker Verbrecher?

Nun handelt es sich, wo sollen, um generell zu sprechen, die verbrecherischen Geisteskranken untergebracht werden? Das ist die Kardinalfrage, um die sich der ganze Meinungsstreit dreht, der in den letzten Jahren die kontroversesten Anschauungen zutage gefördert hat.

Ganz unwillkürlich drängt sich der Gedanke auf, daß die Lösung dieser Frage wohl keinen Schwierigkeiten begegnen sollte, denn wer in geistig unfreiem Zustande eine verbrecherische Tat verübt hat, ist ein echter Geisteskranker, und wer im Laufe der Strafzeit geistig erkrankt, verliert seine Eigenschaften als Verbrecher und ist einem gewöhnlichen Geisteskranken gleich zu halten, selbst wenn das Bewußtsein noch leidlich erhalten sein sollte.[8]) Und eben deshalb darf solchen verbrecherischen Individuen die Wohltat einer geordneten, auf wissenschaftlichen Prinzipien fußenden ärztlichen Behandlung nicht entzogen werden, und sollten sie, wie alle anderen Geisteskranken, in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht werden, was bei uns in Österreich und in vielen anderen Staaten tatsächlich geschieht, wobei ich gleich schon bemerken will, daß dieser Vorgang eine mit den schwersten und gewichtigsten Folgen verbundene Änderung in der Kompetenz in sich birgt, indem der Kriminelle in dem Momente, als er vom Gerichtspsychiater für geisteskrank und vom Strafgerichte für unverantwortlich erklärt worden ist, aus dem Bereiche der Staatsverwaltung in jenen der

Landesverwaltung tritt, da ja diese für die zuständigen Geisteskranken zu sorgen hat.

Jedoch gegen die Aufnahme der kriminellen Geisteskranken in die Heil- und Pflegeanstalten werden gar gewichtige Stimmen laut.

Die Irrenärzte mit wenigen Ausnahmen sträuben sich mit aller Macht gegen die Aufnahme dieser Elemente und trachten mit allen Mitteln ihrer los zu werden. Der Hauptgrund liegt in der großen Störung des Anstaltsbetriebes von seiten einer ganz bestimmten Kategorie von kriminellen Geisteskranken Damit ist schon gesagt, daß durchaus nicht alle geisteskranken Verbrecher ohne Unterschied von der Heilanstalt abgewiesen werden müssen. Im Gegenteil, ein großer Teil derselben ist nicht gefährlicher oder ebenso wenig gefährlich, als die nicht vorbestraften Geisteskranken, ja jeder von uns kennt in seiner Anstalt eine ganz erkleckliche Zahl von nicht kriminellen Irren, welche überaus gefährlich sind und vor denen das Sanitätspersonal ganz außerordentlich auf der Hut sein muß, um zu verhüten, daß eines Tages der eine oder der andere ihnen zum Opfer falle.

Immerhin gibt es aber unter den Kriminellen eine Anzahl solcher Elemente, welche für eine Anstaltsbehandlung absolut ungeeignet sind, und so finden wir in allen Berichten über diesen Gegenstand stets dieselbe Klage wiederkehren. Wagner[9]) sagt: der Grund, warum die Irrenärzte verlangen, sich der verbrecherischen Irren zu entledigen, liegt in der Beschaffenheit eines Teiles dieser Kategorie von Geisteskranken. Von Haus aus verbrecherisch veranlagt, zeigen diese Leute in der Anstalt dieselben Tendenzen, welche sie in der Freiheit mit der bestehenden Ordnung in Konflikt gebracht hat; sie stören die Hausordnung, demoralisieren das Pflegepersonal. Sölder[10]) behauptet, es bestehe kein Zweifel, daß die gewöhnlichen Irrenanstalten sich für die Aufnahme der kriminellen Geisteskranken, soweit sie verbrecherische Neigungen besitzen, nicht eignen: die besondere Disziplin und Überwachung, deren diese bedürfen, stehen dem im Wege, und Tilkowsky[11]) kommt zu dem Schluß: „Man mag über die Möglichkeit der Unterbringung krimineller Geisteskranker in Irrenanstalten noch so tolerant denken . . . man kommt über den Gedanken nicht hinweg, daß ein Großteil dieser Kategorie von Kranken nicht in den Rahmen einer modernen Anstalt hineinpasse. Alle ihre Eigenschaften machen Einrichtungen notwendig, welche dem Grundcharakter der Irrenanstalt als einer Krankenanstalt sowohl baulich als im Betriebe fremd sind und mehr einem Gefängnisse entsprechen." Oßwald[12]) schildert uns in seinem Aufsatze: „Inwiefern stören die kriminellen Geisteskranken den Betrieb der gewöhnlichen Irrenanstalt?" überaus anschaulich die unangenehmen Folgen, welche die Unterbringung und Versorgung der geisteskranken Verbrecher in den Irrenanstalten mit sich bringt. Auch Deiters[13]) spricht in seinem Sammelberichte über den Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebietes von der alten Not, die den Berichten zu vielfachen Klagen Anlaß gibt; die Unzuträglichkeiten, welche das Zusammensein der Verbrecher mit den anderen Kranken im Gefolge hat, finden in den Berichten mannigfachen Ausdruck. In Salzburg machte ein solcher Kranker einen Mordplan gegen den Direktor und Abteilungsarzt und überfiel hinterrücks den Oberpfleger. Der Bericht betont besonders die demoralisierende Wirkung auf das Pflegepersonal, welchem es schwer fällt, in solchen Leuten Kranke zu sehen, und daß es außerdem durch die Gefahren, welchen es durch tückische Angriffe ausgesetzt ist, sich leicht zu Torheiten hinreißen läßt. Dieselben Klagen finden wir vor, nicht allein bei einzelnen Psychiatern, auch Vereine von Irrenärzten haben zur Frage der Versorgung geisteskranker Verbrecher Stellung genommen, und durchgehends wird der Wunsch zum Ausdrucke gebracht, daß die rechtbrecherischen Irren aus den gewöhnlichen Irrenanstalten entfernt werden sollen. So hat der Verein der deutschen Irrenärzte den einstimmigen Beschluß gefaßt, daß die Irrenanstalten von den geisteskranken Verbrechern zu befreien sind, da ihre Anwesenheit, namentlich wenn sie in größerer Anzahl vorhanden sind, die anderen Kranken empfindlich verletzt und schädigt, die freie Behandlung erschwert und gefährdet, da die Irrenanstalten gegen Entweichungen solcher Kranken die nötige Sicherheit ohne Verzicht auf den Charakter als Krankenanstalt nicht bieten kann. Jedoch die Beweggründe, welche ausschlaggebend sind für das fast einmütige Auftreten aller Psychiater gegen die Behandlung der geisteskranken Verbrecher in den Irrenanstalten, beschränken sich durchaus nicht lediglich auf die zwei erwähnten, nämlich auf den störenden und demoralisierenden Einfluß, den diese Kranken ausüben, und auf die Unvereinbarkeit ihrer Unterbringung mit einer modernen, freien Behandlung; auch andere Motive werden noch ins Feld geführt und dazu gehört vor allem der von Näcke benannte „sentimentale Einwand". Nicht vorbestrafte Kranke, ganz besonders aber die Angehörigen derselben, sollen angeblich mit gutem Rechte Einspruch dagegen erheben können, daß ihre Familienmitglieder mit verbrecherischen Geisteskranken, sagen wir mit Totschlägern, Mördern, Dieben und

dergleichen zusammen in einer Anstalt und in näherem Kontakte behandelt werden. Mit Entrüstung könnten und sollten sie ein solches Ansinnen zurückweisen und verlangen, daß ihre nicht vorbestraften Kranken mit ebensolchen unter einem Dache wohnten.

Dieses Bedenken gegen die Vermischung von irren Verbrechern, Mördern, Einbrechern und Straßenräubern mit schuldlosen Kranken hat auch der 40. Rhein. Provinzial-Landtag ausgesprochen, indem er die gemeinsame Behandlung aller dieser Elemente mit nicht vorbestraften Geisteskranken geradezu als inhuman erkannt und darin eine Beleidigung nicht nur der Geisteskranken selbst, sondern auch ihrer Angehörigen gefunden hat.

Ein weiterer Einwand, der gegen die Aufnahme und Behandlung rechtbrecherischer Irren in Heilanstalten ins Feld geführt wird, ist der der Verantwortlichkeit, welche die Anstalt mit der Verwahrung solcher Kranken auf sich nimmt. „Daher gedenken denn auch eine größere Zahl von Irrenanstalten die Aufnahme dieser gefährlichen Patienten künftig abzulehnen, weil sie die Verantwortung für dieselben nicht länger übernehmen möchten [Näcke[14])]. Hess[15]) teilt mit, daß nach einer Entscheidung des Reichsgerichts ein Wärter, der in einem Krankenhause die Beaufsichtigung dahin gebrachter Gefangener übernimmt, dafür haftet, geradeso wie ein Gefängniswärter, was auch den Anstaltsleiter trifft. Da das Irrenhaus jedoch nie zu einer Strafanstalt gestempelt werden kann, so ist es höchst ungerecht, von der Anstalt eine solche Haftung zu verlangen, denn diese steht in einem schreienden Widerspruch mit den Prinzipien der modernen, freien Behandlung in den Heilanstalten. Endlich noch ein Grund, der uns Anstaltsärzte geradezu zwingt, die Aufnahme geisteskranker Strafgefangener mit Entschiedenheit abzulehnen. Derselbe wurzelt in einer mehr juridischen Erwägung, zu der jedoch auch der Psychiater als solcher Stellung nehmen muß: ich meine nämlich die Anrechnung der Strafzeit auch während der Dauer der Psychose. Es gibt noch immer Ärzte und Juristen, welche der Ansicht huldigen, daß mit dem Beginne der Spitalsbehandlung die Strafzeit eine Unterbrechung erleiden und daß nach wiedererlangter geistiger Gesundheit die Strafe ihre Fortsetzung finden muß. Jedoch vom psychiatrischen Standpunkte aus ist dieser Grundsatz durchaus zu verwerfen, denn den Strafgefangenen trifft ja keine Schuld, daß er geistig erkrankt ist. Würde die Zeit des Aufenthaltes in der Irrenanstalt nicht eingerechnet, so würde sich die Haft ins Ungewisse hinausziehen, ein Umstand, der sicher nicht fördernd auf die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit des Kranken einwirken kann.

Wer also die Fortdauer der Strafzeit auch während der Erkrankung wünscht, und das müssen wohl alle Ärzte, muß die Unterbringung geisteskranker Gefangener in eine Irrenanstalt ohne weiteres ablehnen, weil die Irrenanstalten nicht zur Aufnahme von Strafgefangenen dienen können [Staiger[15])].

III. Sind die Einwände, welche gegen die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten gemacht werden, auch stichhaltig?

Wie steht es nun mit der Stichhaltigkeit aller dieser Einwände, welche als Beweggründe angeführt werden, um die Aufnahme krimineller Geisteskranker in die Irrenanstalten abzulehnen oder ihre Entfernung aus derselben zu verlangen? So sehr es auch im ersten Augenblicke scheinen mag, sind die Argumente gegen die Behandlung krimineller Geisteskranker in Irrenanstalten doch nicht so unumstößlich feststehend und auf jeden Fall überzeugend, wie die Anhänger dieser Richtung behaupten. Man muß eben auch die Gegner zu Worte kommen lassen und ihre Anschauungen genauer prüfen und erwägen.

Wenn wir auf der einen Seite Psychiater finden, welche jeden störenden Kranken, jeden auch nur im geringsten rohen und brutalen Irren aus der Irrenanstalt als Krankenanstalt entfernt wissen wollen, so gibt es andererseits gewiegte Ärzte, welche ganz gegenteiliger Ansicht sind. Näcke gibt auf Grund seiner Erfahrungen und Untersuchungen nur ganz bedingt zu, daß im Getriebe einer Irrenanstalt seitens irrer Verbrecher wirkliche Störungen verursacht werden. Er hält diese Elemente nur dort für schädlich, wo sie in großer Anzahl vorkommen und nicht zweckmäßig verteilt werden können, besonders also wo auch die gefährlichsten mitübernommen werden müssen. Als die schlimmsten betrachtet Näcke die verbrecherischen Naturen, die Gewohnheitsverbrecher, während die Affekt- und Gelegenheitsverbrecher sich von den unbescholtenen Kranken wenig oder gar nicht unterscheiden. Wo verbrecherische Naturen in großer Zahl sich zusammenfinden, da sind Störungen des Betriebes allerdings auf der Tagesordnung. Aber demoralisierende und gefährliche Elemente, sagt Näcke, gibt es auch genug unter den unbescholtenen Irren, man denke nur an so manche schwere Halluzinanten, Paranoiker, Epileptiker, Säufer und aktive Imbezille. Die Ausschaltung der rohen und brutalen Elemente hält Näcke für einen Rückschritt und ist der Ansicht, daß die Irrenanstalt auch der bösen Elemente Herr

werden muß, ohne besondere Einrichtungen notwendig zu machen. Nur ruhige Kranke zu behandeln ist keine Kunst, der Anstaltsarzt muß eben trachten, die erregten zu beruhigen auch ohne Restriktionsmittel.

Auch Aschaffenburg hält nach seinen Heidelberger Erfahrungen den Bau gesonderter Anstalten für geisteskranke Verbrecher nicht für gerechtfertigt. Und Bleuler und Lenz, die über zahlreiches Material in Schweizer Anstalten verfügen, halten die irren Verbrecher für nicht sonderlich gefährlich. Heilbronner[16]) verpönt sowohl Adnexe an Strafanstalten als auch die Schaffung besonderer Anstalten und spricht für eine Verteilung aller geisteskranken Rechtbrecher in den Irrenanstalten. Ja, Flügge[17]) hat die Beobachtung gemacht, daß Kriminelle, welche aus dem Bewahrungshause zu Düren in die Zentralanstalt zurückgebracht und unter die anderen Kranken verteilt wurden, die schlimmen Eigenschaften mehr und mehr abstreiften. Die Zurückversetzung hinwiederum in das Bewahrungshaus hatte einen ungünstigen Einfluß nicht nur auf das äußere Verhalten der Kranken, sondern sogar auf den Verlauf der Psychose.

Sehr interessant sind die Erfahrungen, welche Staiger,[18]) der ärztliche Leiter des Strafanstalt-Adnexes Hohenasperg, in der Behandlung geisteskranker Verbrecher gesammelt hat. Mit den Verbrechern in den Irrenanstalten ist es nicht so schlimm, sagt Staiger. Sie sind wohl zum Teil recht unangenehme Leute, teilen aber diese Eigenschaften mit einer großen Zahl nicht vorbestrafter und nicht verbrecherischer Kranken, auch stören sie die freie Behandlung nicht besonders. Seine in der Strafanstalt Hohenasperg gesammelten Statistiken beweisen, daß bei der Mehrzahl der irren Verbrecher die psychotischen Erscheinungen schon in der Irrenabteilung zurückgehen, in der Irrenanstalt aber noch weiter verschwinden. Dann aber, und das ist ganz besonders wichtig, sehen wir, wie außerordentlich günstig die Versetzung in eine andere, nicht kriminelle Umgebung wirkt. Gefangene, die zu den Allerunangenehmsten gehörten, haben sich in der Irrenanstalt gut gehalten, ein deutlicher Beweis für die Richtigkeit des Satzes, daß die Anhäufung krimineller Geisteskranker vermieden werden muß und daß die Verbringung in eine andere, nicht kriminelle Umgebung den antisozialen Neigungen den Boden entzieht. Die großen Irrenanstalten mit ihren zahlreichen und hinsichtlich der freien Behandlung verschieden abgestuften Abteilungen sind am besten in der Lage, die irren Verbrecher zu verteilen und individuell zu behandeln und unterzubringen, ein Vorteil, den eine eigne Abteilung für irre Verbrecher niemals in dieser Weise besitzt und besitzen kann.

Das ist ohne Zweifel eine ganz gewaltige und überzeugende Beweisführung gegen jene Psychiater, die die Irrenanstalten von allen störenden Elementen gesäubert wissen wollen. Und daß darin viel Wahres und Richtiges steckt, kann keinem Anstaltspsychiater verborgen bleiben. Allerdings darf man die Sache nicht verallgemeinern und behaupten wollen, daß das, was für eine weit in der Provinz entlegene Irrenanstalt paßt, auch für eine solche in der Großstadt oder in der Nähe derselben gelegene seine Geltung haben muß. Das Krankenmaterial der ersteren rekrutiert sich beinahe ausschließlich aus der Landbevölkerung, wo Verbrecher weit seltener sind als im Sumpfe der Großstadt, und wenn hie und da eine verbrecherische Tat von einem Geisteskranken begangen wird, oder ein Verbrecher geisteskrank wird, so finden wir gewöhnlich auch einen ganz gewaltigen Unterschied in der Schwere und Raffiniertheit des Verbrechens. Die verbrecherische Natur ist zum Großteil eine Frucht des sozialen Elendes, wie es uns in der Großstadt in seiner ganzen, schreckenerregenden Wirklichkeit entgegentritt. Auf dem Boden desselben wuchert der wahre Typus des Gewohnheitsverbrechers, während wir im Milieu des Landes in der überwiegenden Mehrzahl Affekt- und Gelegenheitsverbrecher finden. Daß wenige solche, auch wenn sie unangenehme und schlimme Eigenschaften haben und störend wirken sollten, mit aller Leichtigkeit unter die anderen Kranken verteilt und individuell behandelt werden können, ohne zu außerordentlich strengen Maßnahmen seine Zuflucht nehmen zu müssen, dürfte wohl jeder Anstaltspsychiater ohne weiteres zugeben.

Wie oft kommen wir nicht in die Lage, nicht kriminelle, äußerst gefährliche, auch demoralisierend wirkende Geisteskranke zu behandeln? Wir müssen auch bei strengster Beobachtung aller Regeln des No-restraint ihrer Herr werden und es dazu bringen, sie, wenn auch langsam, so doch sicher in ein ruhigeres Stadium hinüberzuführen, ohne dadurch den Charakter der Irrenanstalt als Kranken-Anstalt zu beeinträchtigen.

Wesentlich verschieden gestalten sich die Verhältnisse, wenn die Zahl der geisteskranken Verbrecher oder der verbrecherischen Geisteskranken groß ist und unter denselben sich viele störende Elemente und, wie schon früher erwähnt, ganz besonders wenn viele, echte Verbrecher-Naturen darunter sind. In solchen Fällen allerdings wird es geschehen, daß die Verbrecher die Geduld und Langmut, die Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit des Arztes wie des

Pflegers durch ihr ewiges Konspirieren, Hetzen und Schüren, durch ihre Unzufriedenheit und durch ihr anspruchsvolles Gebaren auf die allerschwerste Probe stellen. In solchen Fällen muß mit starker Hand eingegriffen und Remedur geschaffen werden.

Geradeso wie die ersten zwei Einwände wird auch der „sentimentale Einwand“ von gar manchem nicht anerkannt. Da finden wir wiederum Näcke in der ersten Reihe der Gegner. Nach ihm darf ein Unterschied zwischen vorbestraften und nicht vorbestraften Geisteskranken prinzipiell nicht gemacht werden, diese müssen jenen gleichgestellt sein.

Immer nur die schlechten Eigenschaften der verbrecherischen Geisteskranken schildern und hervorheben zu wollen, ohne dafür auch genügende Belege und Beweise zu erbringen, nennt Näcke „Eindrucks-Psychiatrie“ und sagt, daß ein berühmter Lehrer sogar von „Provinzial-Psychiatrie“ sprach.

Ganz besonders vermißt Näcke die so notwendigen statistischen Daten über den schlechten Einfluß der geisteskranken Verbrecher auf die Anstalt. Die große Mehrzahl der geisteskranken Verbrecher sind verbrecherische Geisteskranke, waren also schon zur Zeit der Tat geisteskrank und mithin unverantwortlich, nur wurden sie nicht als geisteskrank erkannt und daher bestraft. Aber auch aus der verbüßten Strafe auf den Charakter eines Menschen schließen zu wollen, ist ganz verkehrt, dies ist nur bei Gewohnheitsverbrechern zulässig. Näcke schließt seine Ausführungen mit dem trostreichen Satze: „Im Grunde genommen sind wir alle latente Verbrecher, wir tragen das endogene Moment zum Rechtbruch in uns.“ Mithin gäbe es eigentlich keinen Grund, sich gar so sehr darüber aufzuhalten, wenn vorbestrafte Geisteskranke gemeinsam mit nicht vorbestraften behandelt werden. Früher war das übrigens ganz allgemein, und erst seitdem darüber mehr geschrieben wird, hat man ein beleidigendes Moment darin gefunden. Gellert[19]) bezeichnet die prinzipielle Trennung der Geisteskranken in bestrafte und nicht bestrafte als einen Rückschritt zu moraltheologischer Auffassung. Die meisten Kriminellen in den Irrenanstalten sind zudem verkannte Geisteskranke, die zu Unrecht bestraft sind. Wir Psychiater sollten uns hüten, ihnen ein weiteres Unrecht anzutun dadurch, daß wir sie durch Unterbringung in Sonderanstalten als geisteskranke Verbrecher brandmarken.

Im selben Sinne spricht sich auch Staiger[20]) aus, indem er sagt, daß die Klagen wegen des Unrechtes, das man den nicht vorbestraften Kranken zufügt, hinfällig sind. Denn erstens kommen solche Klagen selten vor und zweitens gibt es sehr viele nicht vorbestrafte Kranke, welche mit dem Gesetze in Konflikt geraten sind, aber nicht bestraft wurden, weil sie eben als Kranke erkannt wurden. Von allen den Einwendungen, die gegen die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten erhoben wurden, scheint die der Verantwortlichkeit am meisten noch sich behauptet zu haben. Diese Verantwortung trifft das ganze Personal der Anstalt, das heißt mit dem Pflegepersonal auch die Leitung. Und das wirkt allerdings wie ein Alb auf der Brust, wenn man bedenkt, daß man keinen Augenblick gefeit ist vor den schwersten Folgen, welche die eventuelle Flucht eines verbrecherischen Kranken mit sich bringen kann. Daher wirkt gerade dieser Einwand am meisten bestimmend auf die ablehnende Haltung der Irrenanstalten gegenüber der Aufnahme krimineller Geisteskranken.

(Fortsetzung folgt.)

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Was nun die absoluten Zahlen der in Familien Verpflegten anbetrifft, so wurden verpflegt:

in den Berliner Anstalten am 1. April 1909 324 Personen,

in der Provinz Brandenburg am 31. Dez. 1908 294 Personen,

in der Provinz Brandenburg am 31. Dez. 1910 340 Personen,

in der Prov. Ostpreußen 1908 105 Personen,

in der Prov. Ostpreußen 1909 116 Personen,

in der Anstalt Conradstein 1908 153 (1300 in der Anstalt),

in der Anstalt Conradstein 1909 162 (1285 in der Anstalt),

im Asyle de Cery 1908 80 (513 in der Anstalt).

Nun soll aber auch der Wahrheit gemäß nicht verschwiegen werden, daß sich gelegentlich Widerstände und Mißstände geltend gemacht haben. In

Dösen schien 1907 die Familienpflege gut einzuschlagen, da setzte eine Bewegung ein, man sei doch nicht sicher, daß die Kranken plötzlich einen Tobsuchtsanfall bekämen, oder sonstwie lästig fielen. Es wurde eine Eingabe an die Ortsbehörde gemacht, die die Ausweisung der Kranken verlangte. Der Erfolg war, daß die Familienpflege in Dösen ganz aufgegeben wurde. Auch ist es vorgekommen, daß Hausbesitzer ihren Mietern das Halten von Pfleglingen untersagten. Zwar haben sich niemals Mißstände herausgestellt. Doch drohten die anderen Mietsparteien mit Kündigung, weil sie nicht mit Geisteskranken unter einem Dache wohnen wollten. Ein weiblicher Fürsorgezögling des Wilhelmstifts in Potsdam machte sich die ungewohnte Freiheit zunutze, täuschte die Pflegeeltern durch heuchlerische Ergebenheit, brannte dann nach Rixdorf durch und wurde als Gravida wieder aufgefunden. Aus dem heiteren, tätigen Mädchen war ein frecher und träger Mensch geworden. — Bisweilen ist es wegen äußerer Umstände nicht möglich, Kranke unterzubringen. In Kosten waren die Verpflegungskosten zu groß, ein andermal ist den auf dem Lande Verpflegten die Arbeit zu schwer und zu langweilig (!), in Schussenried trat oft die Absicht recht deutlich zutage, sich nur billige Arbeitskräfte zu verschaffen und mußte daher sehr sorgfältig Auswahl getroffen werden, im Asile de Cery war der Verpflegungssatz zu gering und mußte von 1 Fr. auf 1,30 Fr. erhöht werden. Doch das sind eigentlich nur Kleinigkeiten. Die Familienpflege hat sich durchaus bewährt und verdient weiter ausgebaut zu werden, wenn sich auch noch einzelne Berichte etwas ablehnend dazu verhalten, wie z. B. Schussenried, „das die Begeisterung Norddeutschlands nicht teilen kann, bei aller Anerkennung der wohltätigen Wirkung in einzelnen Fällen.“ Dagegen bevorzugt Württemberg die koloniale Verpflegung und ist mit seinen Resultaten recht zufrieden.

Endlich sei noch der Ungarische Bericht erwähnt, in dem die „familiale Pflegemethode endgültig geregelt und organisiert wird.“ Es wird da zunächst die heterofamiliale Form (Verpflegung in einer fremden Familie) von der homofamilialen Form unterschieden (Verpflegung in der eigenen Familie mit Unterstützung). Die Erlaubnis zur Errichtung einer Pflegekolonie erteilt der Minister des Innern, als Zentrale fungiert eine Irrenanstalt oder die Irrenabteilung eines allgemeinen Krankenhauses, die Kranken werden vor der Abgabe noch auf den Zentral-Irrenabteilungen der Kolonien beobachtet und über sie von Zeit zu Zeit berichtet. Am Ende des Jahres 1909 verfügte Ungarn über sechs Familienkolonien mit 1060 Kranken.

Etwas eigenartige Grundsätze in der Beurlaubung und Entlassung der Kranken befolgt die oberfränkische Anstalt Kutzenberg. „Das Charakteristische der Anstalt liegt

1. in der tunlichsten Erleichterung und Beschleunigung der Aufnahmen,

2. in dem vollständigen Verzicht auf Zurückhaltung von Kranken gegen den Willen der Angehörigen, soweit nicht wirkliche Gemeingefährlichkeit erwiesen ist,

3. unter tunlichster Ausdehnung des Systems der Beurlaubung, d. h. unter Fortdauer einer je nach Indikation durch Besuche mehr oder minder intensiv aufrecht erhaltenen Kontrolle durch die Anstalt,

4. in der möglichsten Erleichterung des Verkehrs der Kranken mit der Außenwelt.“

Man ist bestrebt, die Anstalt zu einer „Durchgangsstation“ für möglichst zahlreiche Kranke zu machen. Den Kranken ist es auch gestattet, die Briefe selbst zur Post zu geben, überall wird die größte Freiheit gewährt, „um die Pfleglinge möglichst wenig außerhalb der gesetzlichen Bestimmungen und der für andere Krankenhäuser gültigen Normen zu stellen.“

Zum Zwecke der Kontrolle wurden 57 beurlaubte und entlassene Kranke 120 mal besucht, zum Teil in Entfernungen bis zu 83 Kilometern. Schwierigkeiten haben sich seitens der Angehörigen nicht ergeben, im Gegenteil wurde der Besuch oft mit Freude empfangen. Der Besuch trägt keinen amtlichen Charakter. Erscheint die Rückversetzung in die Anstalt notwendig, so wird dies in schonendster Weise bewerkstelligt, nur im Notfalle werden die Behörden in Anspruch genommen. Auch sucht man ständig in Kontakt mit dem behandelnden Arzt zu bleiben. Unter Umständen wird sogar den Angehörigen gegen Kost und Lohn Pflegepersonal während der Urlaubszeit zur Verfügung gestellt.

„Die Gefahr des Selbstmords und gemeingefährlicher Handlungen der beurlaubten Kranken, sowie die Gefahr einer Vergrößerung der hereditären Disposition durch die Hinausgabe von im zeugungsfähigen Alter stehenden Kranken ist nicht so groß, daß man von dieser Methode abgehen müßte.“

Das Resultat der reichlichen Entlassungen ist, fast möchte man sagen ein freundschaftliches Verhältnis zwischen Anstalt, Kranken und deren Angehörigen, wovon zahlreiche Briefe mit Anfragen sowie häufige Besuche Zeugnis ablegen. Außerdem gelingt es den besuchenden Anstaltsärzten nicht selten,

draußen verwahrloste oder in anderer Weise der Anstaltspflege bedürftige Personen ausfindig zu machen.

Konnte sich der Besuch eines Anstaltsinsassen nicht davon überzeugen, daß die ärztlich erwünschte Internierung noch aufrecht zu erhalten sei, so wurde Gelegenheit zu längerem Beisammensein, sogar bis zu mehreren Tagen in einem Falle, gegeben. Gewiß erfordert diese eingehende Berücksichtigung der Angehörigen viel Arbeit und Mühe, aber sie ist wohl auch der beste Weg, die gegen die Irrenanstalten bestehenden Vorurteile dauernd und gründlich zu beseitigen.

Es sei hier auch der an manchen Anstalten errichteten Polikliniken gedacht. Neustadt berichtet über die steigende Benutzung des Instituts; 1908/09 wurden „22 Durchleuchtungen, 5 Röntgenphotographien, 6 Bestrahlungen, 20 Lichtbäder, 5 elektrische Bäder und 9 Vibramassagen vorgenommen. Manche der Fälle waren recht interessant und boten für die Anstaltsärzte eine erfreuliche Anregung." Die Benutzung steigerte sich noch im folgenden Jahre. Weinsberg berichtet 1906 über die geringe Inanspruchnahme der Poliklinik, in den folgenden Jahren wird sie überhaupt nicht mehr erwähnt. In der Rheinprovinz besteht eine Poliklinik für Epileptiker in Süchteln (Johannistal), über deren Tätigkeit jedoch nichts berichtet wird.

Alkohol.

Über den Zusammenhang von Alkohol und Geisteskrankheiten wäre vieles, aber wenig neues, zu berichten. Ich beschränke mich daher auf die Wiedergabe einiger Zahlen und kurzer Bemerkungen. Nach dem Bericht der Rheinprovinz von 1909/10 ging ein Mißbrauch geistiger Getränke dem Ausbruch der Geistesstörung voraus in 483 Fällen (434 M., 49 Fr.), das ist 13,3% (20,5% M., 3,3% Fr.). Der Prozentsatz wechselt in den einzelnen Anstalten sehr: von 6% in Merzig (Landbevölkerung) bis 20,4% in Grafenberg (Industriebevölkerung). Bei den Männern allein von 10,1% in Merzig, bis 38,1% in Lindenthal (Cöln), bei den Frauen allein von 0,0% in Merzig bis zu 4,6% in Johannistal. Alkoholmißbrauch der Eltern fand statt in 7,3%, bei Verwandten in 1%. In den Berliner Anstalten litten 1909 an chronischem und akutem Alkoholismus 32% (44,14% M., 3,85% Fr.). Von den 258 mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommenen waren 113 Alkoholisten, ungesetzliche Handlungen hatten von 589 Kranken 184 Alkoholisten begangen. Unter den 336 wiederholt Aufgenommenen sind 46 Alkoholisten zweimal, 4 Alkoholisten dreimal, 1 Alkoholist viermal aufgenommen worden. In Wuhlgarten waren unter den 569 Epileptikern 175 Trinker, unter den 130 epileptischen Frauen sechs Trinkerinnen. In Württemberg waren 1909 8,3% der Aufnahmen alkoholische Intoxikationspsychosen. Unter den 171 erblich belasteten Neuaufnahmen waren 23% von seiten der Eltern mit Trunksucht belastet. In Kaufbeuren (Bayern) spielte in 37% der Männer- und 9,3% der Frauenaufnahmen der Alkohol eine wichtige Rolle.

Auf der letzten Versammlung des rheinischen Hilfsvereins für Geisteskranke wurde das Zusammenwirken des Vereins mit den Alkoholvereinen erörtert. Geheimrat Peretti machte über die Ausgaben, welche die Alkoholiker verursachen, folgende Angaben: die in der Münchener Klinik 1905 verpflegten 524 Alkoholkranken beanspruchten 6913 Verpflegungstage mit einer täglichen Ausgabe von 14113 M., bei 2,20 M. Verpflegungssatz. Die Alkoholiker in Eglfing beanspruchten ständig 80 Betten, was mit Verzinsung des verbrauchten Geldes jährlich 86914 M. Kosten verursacht.

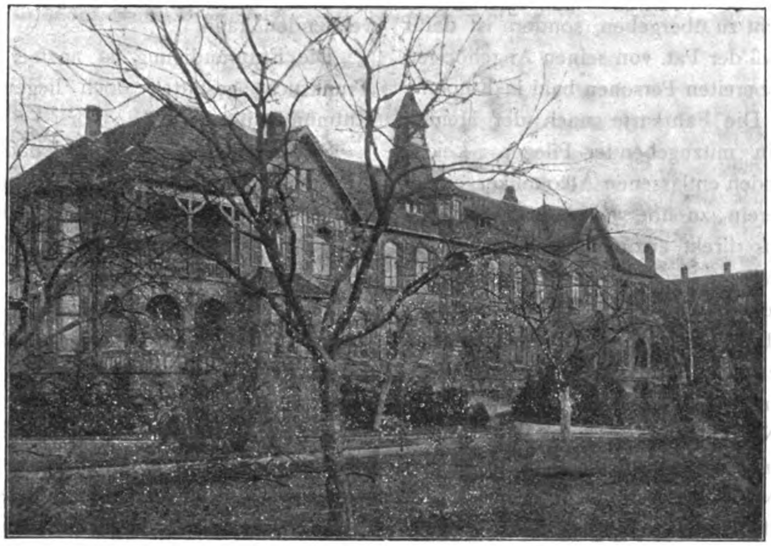
Der rheinische Provinzialverband hat täglich mindestens 120 durch Alkoholmißbrauch erkrankte Geisteskranke zu verpflegen. Das macht rund 250 M. pro Tag und 91000 M. im Jahre. Von den 700 Trinkern (= 14 bis 15% aller männlichen Anstaltsinsassen) sind mindestens 250 sichere Opfer des Alkoholmißbrauchs. Diese würden den Kommunalverbänden jährlich ca. 180000 M. kosten, die sich mit den Frauen auf 200000 M. erhöht. Dabei sind die indirekt erwachsenden Unkosten durch Unterstützung der Familien, entgehenden Arbeitsgewinn, noch gar nicht berechnet.

Aus der Erkenntnis heraus, daß es vor allem gilt, jedem Alkoholiker, ob er nun schon in einer Anstalt war oder nicht, die richtigen Wege anzugeben, sich von diesem Laster frei zu halten, haben sich außer den Vereinen zum blauen Kreuz, dem Kreuzbündnis, dem Guttemplerorden und dem Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, in neuerer Zeit auch kommunale Behörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und besonders die Landesversicherungsanstalten an dem Kampfe beteiligt. Sind sie es doch in erster Linie, denen die Kosten für den Unterhalt eines chronischen Alkoholikers und seiner Familie anheimfallen.

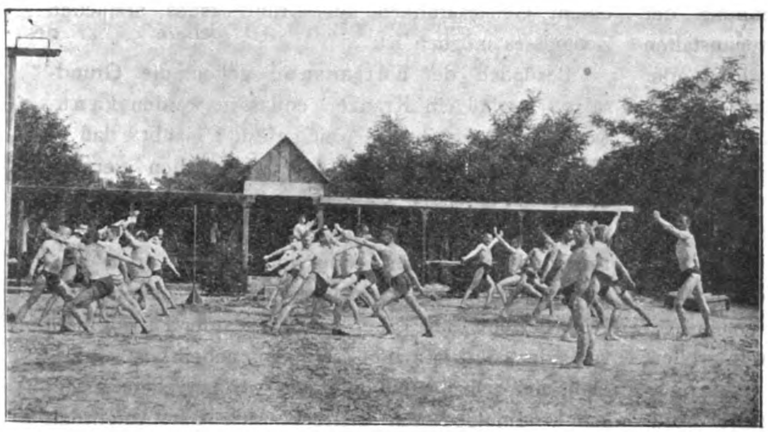
Wie Herr Sanitätsrat Dr. Neuhaus ausführte, wurde in Düsseldorf im Jahre 1908 eine Trinkerfürsorgestelle eingerichtet, und zwar ohne amtlichen Charakter, da sich die Verwaltung dieses

Amtes durch die Polizei andererseits nicht bewährt hatte.

Außerordentlich erleichtert wurde die Arbeit durch die bereitwillige Hilfe der Frauenabteilung des Bezirksvereins. Die Aufgabe der Trinkerfürsorgestelle besteht darin, in wöchentlich zweimal stattfindenden



Haus Schönow: Hauptgebäude.



Haus Schönow: Turnstunde im Männerluftbad.



Haus Schönow, Obsternte.

Sprechstunden die Trinker selbst und deren Angehörige zu beraten, Hausbesuche zu vermitteln, Arbeitsgelegenheit zu verschaffen, die Überweisung in geeignete Anstalten zwecks Vornahme einer Entziehungskur einzuleiten, schließlich die Unterbringung der unverbesserlichen Trinker in eine geschlossene Trinkerheilstätte oder Irrenanstalt, sogar, wenn nötig, auch deren Entmündigung zu veranlassen. Wenn auch manche Mißerfolge zu verzeichnen sind, so ist doch der segensreiche Einfluß dieser Arbeit nicht zu verkennen und scheint der eingeschlagene Weg der richtige zu sein.

„Über die Fürsorge für geisteskranke Trinker in der Anstalt und nach der Entlassung" sprach Herr Direktor Flügge. In der Anstalt gilt es nicht nur den Kranken alkoholfrei zu halten und ihn mündlich zu belehren, sondern ihm auch durch das Beispiel des abstinent lebenden Personals zu beweisen, daß Arbeit ohne „alkoholische Stärkung" sehr wohl möglich ist. Durch Vorträge, womöglich unterstützt durch Lichtbilder, und Zeitschriften, sowie vor allem durch Aufhängen von antialkoholischen Tafeln in den Krankenräumen, welche die Patienten über die wichtigsten Punkte aufklären,

die ihnen täglich vor den Augen hängen und sich fast unbemerkt, aber desto kräftiger einprägen, läßt sich vieles erreichen.

Geht es dann in die goldene Freiheit zurück, muß vor allem dafür gesorgt werden, daß sich der Freudenrausch nicht in einen alkoholischen Rausch schon am ersten Tag verwandle. Geldmittel sind daher dem Pat. nicht zu übergeben, sondern ist dafür Sorge zu tragen, daß der Pat. von seinen Angehörigen oder sonstigen hilfsbereiten Personen bald in Empfang genommen wird. Die Fahrkarte nach der Heimat löst am besten ein mitzugebender Pfleger. Leider hat der Versuch, jeden entlassenen Alkoholiker einem entsprechenden Verein zu überweisen und ihn auch von der Anstalt aus direkt anzumelden, nicht die in ihn gesetzten Hoffnungen, trotz anfänglicher Begeisterung aller Beteiligten, erfüllt.

In Deutschland besteht eine einzige geschlossene Anstalt für Trinker, die Heilstätte Waldfrieden. Sie blickte im Jahre 1910 auf ein zehnjähriges Bestehen zurück. Nachdem es in den ersten drei Jahren nicht gelungen war, die Anstalt mit offener Behandlung rentabel zu gestalten, wurde nach Verhandlungen mit dem Landesdirektor der Provinz Brandenburg, dem Landeshauptmann der Provinz Sachsen und der Landesversicherungsanstalt Brandenburg der Bau dreier geschlossener Häuser mit 140 Betten beschlossen. Durch Lostrennung der trunksüchtigen Geisteskranken von den Irrenanstalten hofft man bei spezialistischer und individualisierender Behandlung bessere Resultate als sonst zu erzielen. Freilich ist es dazu unbedingt nötig, daß die Pat. auch lange genug in der Anstalt bleiben. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn die mit Erfolg Behandelten, welche im ganzen 49% ausmachten, bei den zwangsweise Internierten häufiger anzutreffen sind als unter den freiwillig, auf eigene oder Kassenkosten Eintretenden, die schon bei den ersten Anzeichen der Besserung wieder entlassen sein wollen.

Die gesetzlichen Handhaben zur zwangsweisen Unterbringung bieten folgende Paragraphen:

§ 47 des Invalidenversicherungsgesetzes schreibt vor, daß die Invalidenrente ganz oder teilweise entzogen werden kann, sofern das Individuum durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt. Die Landesversicherungsanstalten sind daher befugt, einen Alkoholkranken in einer Trinkerheilstätte unterzubringen. Leider wird von dem Paragraph zu wenig Gebrauch gemacht. Nach § 361, 5 des Reichs-Strafgesetzes wird mit Haft bestraft, wer sich dem Spiel, Trunk oder Müßiggang derart hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem oder seiner Angehörigen Unterhalt durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß. Das Individuum kann der Landespolizeibehörde überwiesen werden, welche die Person bis zu zwei Jahren einem Arbeitshause überweisen, oder zu gemeinnützigen Arbeiten verwenden kann.

Die Entmündigung ist nach § 6, 3 BGB. wegen Trunksucht gestattet, doch liegen leider zu wenig Entmündigungsanträge vor.

Schließlich hat die Polizei nach § 10 II, 14 des Allgemeinen Landrechts das Recht und die Pflicht, zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren die nötigen Anstalten zu treffen und können diese gesetzlichen Befugnisse allgemein auf die Trunksüchtigen als gemeingefährliche Personen angewandt werden.

Da es nun durchaus wünschenswert ist, daß die Personen nicht erst durch das Arbeitshaus, die Polizei oder die Irrenanstalten eingewiesen werden, sondern direkt in Spezialanstalten kommen, ist ein Trinkerfürsorgegesetz vorgelegt worden, auf Grund dessen ein Alkoholist schon vor seinem gänzlichen Verfall eingeliefert werden kann, ebenso gut, wie dies bei einem Geisteskranken auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses möglich ist.

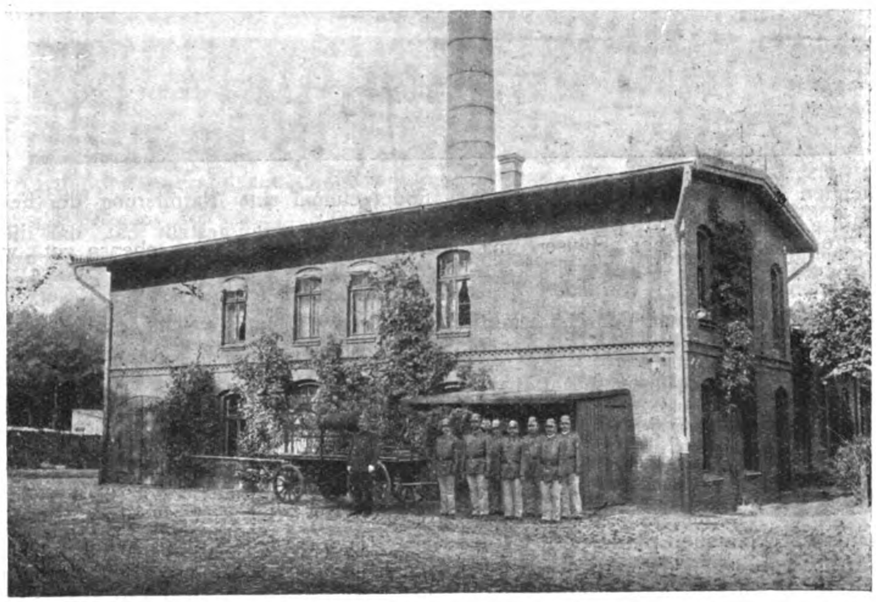
Bezüglich der Entlassung gelten die Grundsätze, 1. daß ein Kranker entlassen werden kann, wenn der Arzt ihn so weit gefestigt glaubt, daß er den äußeren Fährnissen zu widerstehen vermag, 2. daß er entlassen werden muß, wenn es der freiwillig Eintretende verlangt, oder der Vormund des Entmündigten fordert, oder die Ursache der Einweisung, d. h. ihre Gemeingefährlichkeit behoben ist. Nun besteht diese aber solange, als der Patient nicht von der Sucht zum Trinken geheilt ist. Das Delirium selbst ist ja nur ein vorübergehender Zustand. Infolgedessen erstreckt sich der Aufenthalt meist über Monate. Die meisten sind jedoch nur drei bis sechs Monate da. Das ist viel zu wenig. — Leider hatte die Heilstätte Waldfrieden außer mit pekuniären Schwierigkeiten noch außerordentliche Umstände mit der Gewinnung des geeigneten Verwaltungspersonals und der ärztlichen Leitung, nachdem diese nicht mehr nebenamtlich von den umwohnenden Ärzten versehen werden konnte. Nachdem der Oberarzt einer Landesirrenanstalt die Leitung übernommen hat, wird nun auf eine stetige Fortentwicklung und reiche Entfaltung gehofft.

Die Trinkerheilstätte Ellikon a. d. Thur in der Schweiz führt im Bericht von 1909 des längeren aus, daß ein sechsmonatiger Aufenthalt nicht genüge, um Dauerresultate zu erzielen. Es besteht nach einem halben Jahre wohl Krankheitseinsicht und guter Wille, abstinent zu bleiben, doch sind Charakter und Wille noch nicht genügend gestählt. Es wird daher gewünscht, daß jeder Patient mindestens für ein Jahr eintrete, hält er sich gut, so kann er ja eher entlassen werden. Das wird ihn sicher mehr stärken, als wenn es nach sechs Monaten wieder nötig ist, ihn um weitere drei bis sechs Monate „aufzubessern". Der Bericht von 1910 hat leider den Tod des verdienten Hausvaters Jakob Boßhart, welcher die Seele des Ganzen war, zu beklagen.

(Fortsetzung folgt.)

Die Anstaltsfeuerwehr der Heil- und Pflegeanstalt Kortau.

Wenn auch durch die Einführung zentraler Heizung und elektrischer Beleuchtung in den meisten Anstalten die Gefahr des Ausbruchs eines Brandes gegen frühere Zeiten erheblich geringer ist, muß doch mit der Möglichkeit eines solches Ereignisses gerechnet werden. Fahrlässiges Umgehen mit Streichhölzchen seitens Kranker und ein nie mit Sicherheit auszuschließender Kurzschluß werden die hauptsächlichsten Ursachen sein, auf welche die Entstehung von Bränden in Anstalten zurückzuführen ist. Entzündung durch Blitzschlag dürfte, wenn der Blitzableiter gut funktioniert, nur noch selten in Frage kommen.

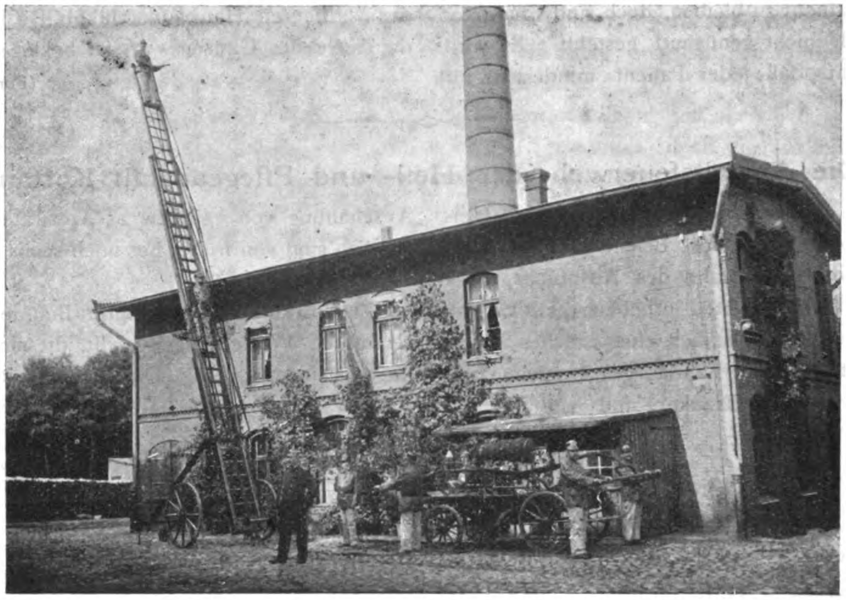


Die kleinen Mittel zur Bekämpfung von Bränden innerhalb der Abteilungen sind Hydranten mit Feuerschläuchen und Löschapparate. Jede Abteilung — in Kortau zurzeit 42 — hat auf dem Korridor ein mit Dreikant verschlossenes Schränkchen, welches einen Hydranten mit anzuschraubendem Strahlrohr enthält; außerdem sind auf 25 Abteilungen die bekannten Fix-Apparate vorhanden, welche beim Löschen von Zimmerbränden sehr gute Dienste leisten; die Anschaffung von weiteren 15 Apparaten wird geplant. Endlich sind von früher her noch sechs gut arbeitende Extinkteure vorhanden.

Zur Bekämpfung größerer Brände genügen die genannten Vorrichtungen nicht, diesem Zwecke dient die Anstaltsfeuerwehr. Dieselbe untersteht der Oberaufsicht des Feuerlösch-Direktors der Provinz Ostpreußen und wird ausgebildet von dem Führer der Wehr, dem Maschinenmeister der hiesigen Anstalt. Sie besteht aus 22 Mitgliedern, sämtlich Pfleger der Anstalt. Dieselben sind systematisch vorgebildet und eingearbeitet, seit Jahren hat ein Wechsel der Mitglieder nicht stattgefunden, da der Wechsel im hiesigen männlichen Pflegerpersonal ein außerordentlich geringer ist.

In den Monaten April bis Oktober finden alle vierzehn Tage Übungen statt, die militärischen Charakter haben; die Pfleger und der Führer der Wehr sind dabei in Uniform; es werden dabei Aufgaben gestellt, daß dieses oder jenes Gebäude brenne, und Wert auf die möglichst schleunige Hilfe gelegt. Da zur Bedienung der Feuerwehr und mechanischen

Leiter sieben Personen gehören, kann ein Mangel an Bedienungsmannschaften nicht entstehen, im Ernstfalle würden an der Pumpe selbst auch Kranke angestellt werden können.



Die beistehenden Abbildungen mögen das vorstehend Ausgeführte illustrieren.

Außer einer gut funktionierenden Pumpe ist eine Schiebeleiter neuesten Systems, von der Firma Schlesische Feuerwehrgeräte- und Maschinenfabrik Gebrüder Kieslich in Patschkau i. Schl. beschafft, vorhanden, welche dem Schlauchführer gestattet, von einer Höhe bis zu 16 m die brennenden Gebäude mit Wasser zu überschütten. Auf dem Anstaltsgebiet sind insgesamt 17 Hydranten vorhanden, so daß jeder Pavillon bespritzt werden kann. In jedem Jahre findet einmal eine Alarmierung der Feuerwehr statt, wobei sich herausgestellt hat, daß die regelmäßige Arbeit zu einem recht befriedigenden Resultat geführt.

Die hoch gelegenen Wasser-Reservoire der Anstalt enthalten 92 cbm, welche durch zwei Pumpen gespeist werden können, welche in der Stunde 50 cbm Wasser liefern können.

Mitteilungen.

— **Eine für das Irrenwesen prinzipiell wichtige Entscheidung** wurde kürzlich, wie die Nordd. Allgem. Zeitung, Berlin, vom 10. November 1911, mitteilt, von dem Amtsgericht Berlin-Mitte gefällt. — Vor etwa Jahresfrist wurde die Witwe Neumann auf Veranlassung ihres Vormundes in der Maison de santé in Schöneberg interniert, weil sie sich geweigert hatte, eine Anzahl von Wertpapieren, die sie von ihrem Ehemann geerbt hatte, herauszugeben. (? Red.) Obgleich die Papiere drei Tage nach der Internierung in den Besitz des Vormunds gelangten, verblieb sie viele Monate lang in der Irrenanstalt. Nach längerer Internierung ersuchte sie durch eine Mittelsperson den Rechtsanwalt Dr. Ehrenfried, ihre Befreiung aus der Irrenanstalt zu betreiben. Sie wurde auch bald darauf entlassen. Der Vormund, der die Internierung bewirkt hatte, legte daraufhin sein Amt nieder. Als der Anwalt von dem neubestellten Vormund ein Honorar für seine Tätigkeit verlangte, erklärte dieser, daß er vom Vormundschaftsgericht angewiesen sei, ein Honorar dem Anwalt nicht zu zahlen, da er einen gültigen Auftrag zur Befreiung der Internierten nicht gehabt habe. Rechtsanwalt Ehrenfried erhob daraufhin Klage auf Zahlung mit der Begründung, daß es eines Auftrages nicht bedürfe, weil seine Tätigkeit dem öffentlichen Interesse entsprochen habe, daß aber auch, abgesehen hiervon, ein Entmündigter einen Antrag auf Befreiung aus der Irrenanstalt erteilen könne. Diesen Rechtsgrundsatz habe auch der Bezirksausschuß bei der Klage eines Entmündigten auf Befreiung aus der Irrenanstalt als zutreffend erachtet. — Der Vormund des Beklagten beantragte die Abweisung der Klage, gab jedoch zu, daß die Befreiung der Beklagten dem öffentlichen Interesse und einer sittlichen Pflicht entsprochen habe, und daß ohne das Eingreifen des Klägers die Befreiung der Frau Neumann nicht erfolgt wäre. — Das Gericht erkannte auf Verurteilung nach dem Klageantrage und führte zur Begründung aus: Wie der jetzige Vormund der Beklagten zugegeben

hat, war es eine Pflicht des früheren Vormundes, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag, die Beklagte aus der Maison der santé zu befreien. Mithin kommt es nicht in Betracht, daß der frühere Vormund der Beklagten mit ihrer Befreiung nicht einverstanden war, und der Kläger kann seinen Anspruch deshalb mit Recht auf Geschäftsführung ohne Auftrag stützen, und da er nach seinem Beruf als Rechtsanwalt derartige Dienst entgeltlich leistet, eine Honorierung verlangen, deren Angemessenheit nicht bestritten ist. Im übrigen muß aber auch, wie der Kläger mit Recht geltend macht, eine Entmündigte, die das Recht hat, behufs Aufhebung ihrer Entmündigung rechtsgültig einen Anwalt mit ihrer Vertretung zu betrauen, die Fähigkeit haben, rechtsgültig und deshalb mit der Verpflichtung zur Bezahlung der von ihr verlangten Dienste einen Dritten mit ihrer Befreiung aus einer unzulässigen Internierung zu beauftragen. Hiernach war dem Klageantrage stattzugeben.

— **Die Affäre des Studenten Hagen** beschäftigte am 10. d. Monats das Kammergericht in Berlin. Das Landgericht hatte die Klage auf Entlassung Hagens aus der Irrenanstalt abgewiesen. Gegen das Urteil hatte Hagen, der inzwischen auch unter vorläufige Vormundschaft gestellt worden ist, Berufung eingelegt. Die Verhandlung endete mit der Verwerfung der Berufung. Hagen bleibt also nach wie vor in der Weilerschen Anstalt. Es soll eine Entscheidung des Reichsgerichts herbeigeführt werden.

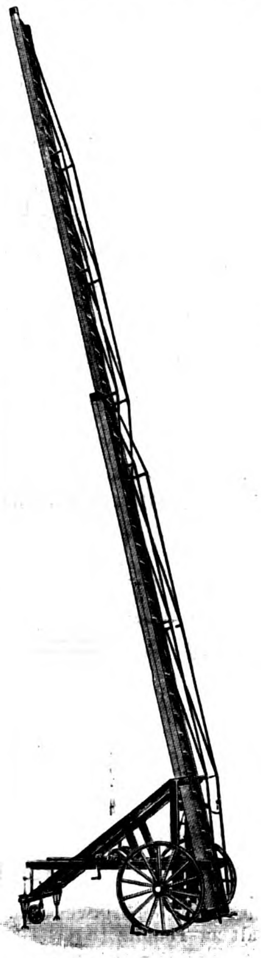
Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **St. Getreu**, Bamberg. Assistenzarzt Dr. Zirkel hat am 1. November den Anstaltsdienst verlassen.

— **Goddelau.** Assistenzarzt Dr. Mack hat am 1. November l. Js. den hiesigen Dienst verlassen. Derselbe ist bei der Irrenanstalt Waldbröhl (Rheinprovinz) in Dienst getreten.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.



Stellengesuche.

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgende Seite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. – Fernspr. Nr 823.

Nr. 35. 25. November 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich. Vom kaiserl. Rat Dr. Pius Deiaco, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Pergine. (Schluß.) (S. 353.) — Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Zur Abwehr der Presseangriffe". Von Prof. Dr Friedländer, Hohe Mark. (S. 358.) — Referate (S. 360.) — Personalnachrichten (S. 361).

Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich.

Vom kaiserl. Rat Dr. *Pius Deiaco*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Pergine.

(Schluß.)

IV. Welchen Standpunkt vertreten wir österreichischen Anstaltspsychiater gegenüber der Frage der Ausscheidung der Kriminellen aus den Irrenanstalten?

Wie stellen wir österreichischen Anstaltspsychiater uns zu der Frage der Aufnahme der verbrecherischen Geisteskranken in die gewöhnlichen Irrenanstalten? Wir wissen ja ganz gut, daß die Angelegenheit nicht schablonenhaft behandelt werden darf. Es ist uns allen bekannt, daß nicht alle Kriminellen zurückgewiesen werden müssen, da es unter ihnen sehr viele gibt, die vollkommen harmlos sind, ja viel harmloser als so mancher Nichtkriminelle. Es läßt sich jedoch nicht leugnen, daß ein allerdings geringer Prozentsatz unter den Kriminellen Eigenschaften besitzt, welche sie zu einer gemeinsamen Behandlung mit anderen Geisteskranken ungeeignet macht; daß ganz besondere, strenge Maßregeln erforderlich sind, welche mit dem Betriebe einer modernen Irrenanstalt in schwerstem Kontraste stehen, soll diese nicht zu einem Gefängnisse heruntergesetzt werden. Wir alle haben es zur Genüge erfahren, daß es unter den Kriminellen solche gibt, die durch ihre Falschheit, Lügenhaftigkeit, Verschlagenheit, Boshaftigkeit, durch ihr unzufriedenes, querulantes Wesen, durch ihre Arroganz und durch ihr anspruchsvolles Benehmen den ruhigen, geordneten Gang der Anstalt behindern, Kranke gegen Kranke und Pfleger aufhetzen, diese demoralisieren, das Ansehen der Ärzte untergraben, den Ruf der Anstalt schädigen und endlich trachten, durch Komplotte die ihnen vermeintlich zu Unrecht entzogene Freiheit wiederzugewinnen.

Das sind jene Elemente, die auch wir Psychiater Österreichs ausgeschaltet wissen wollen und deren Aufnahme wir uns widersetzen. Um mir nicht den Vorwurf aufzuladen, daß ich auch nur Eindruckspsychiatrie betreibe, und dem Verlangen nach Zahlenpsychiatrie gerecht zu werden, habe ich mich mittels eines Fragebogens an alle Irrenanstalten Österreichs gewendet, um die Anschauungen der österreichischen Anstaltspsychiater zu hören. Von den 25 Anstalten antworteten nur 12, also 48%.

Das Resultat dieser Rundfrage ist gewiß von nicht geringem Interesse. Von allen den Psychiatern, die geantwortet haben, ist kein einziger, welcher nicht schlimme Erfahrungen mit den kriminellen Geisteskranken gemacht hätte; welcher nicht einen äußerst nachteiligen Einfluß auf das Getriebe der Anstalt wahrgenommen hätte. Ja, einige schildern recht anschaulich die bösen Folgen des zur Zeit herrschenden Systemes, kriminelle Geisteskranke mit den nicht vorbestraften gemeinsam behandeln zu müssen.

Alle ohne Ausnahme sind für eine Ausscheidung der gefährlichen und bösartigen Elemente aus der Irrenanstalt und zwar hauptsächlich deshalb, weil sie die geordnete Arbeit des Anstaltsarztes stören.

V. Wo sollen die Kriminellen untergebracht werden? Die verschiedenen Systeme der Unterbringung, ihre Vorteile und Nachteile.

Nachdem wir uns nun darüber geeint haben, daß ein Teil der kriminellen Geisteskranken aus den Irrenanstalten unbedingt ausgeschaltet werden muß, tritt an uns die Frage heran, wo und wie dieselben behandelt und versorgt werden sollen. Trotz der vielen und mannigfachen Vorschläge ist es noch nicht ge-

lungen, eine allgemein befriedigende Lösung der Frage zu finden.

Die Amerikaner und Engländer haben mächtige Zentralanstalten gebaut und sind natürlich voll des Lobes über das bei ihnen geltende System der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Auch die Italiener benutzen nur Zentralanstalten, welche sie „manicomi criminali" nennen. Doch soll nach verschiedenen Angaben, so nach Prof. Sante de Sanctis der Versuch in Italien durchaus mißglückt sein.

In Deutschland finden wir vorzüglich zwei Systeme, nämlich den Adnex an Strafanstalten, und den Adnex an Irrenanstalten. Die neuesten und modernsten Irrenanstalten, die ich im verflossenen Herbste gelegentlich einer Studienreise und anläßlich des IV. Internationalen Kongresses für Irrenfürsorge zu sehen Gelegenheit hatte, ziehen den Adnex an die Irrenanstalt, das sogenannte „feste Haus" allen anderen Systemen vor.

Die Frage, welches System das richtige und das beste sei, ist wohl noch nicht entschieden, und dürften diejenigen Psychiater noch recht behalten, welche sagen, daß die Wahl des Systemes mit den territorialen Verhältnissen in innigstem Zusammenhange stehe. Zu diesen eigenartigen, lokalen Verhältnissen zähle ich die Charaktereigenschaften des Volkes, dann die Zahl der verbrecherischen Geisteskranken, das Milieu aus dem sie kommen, ferner ganz besonders die jeweils geltenden Gesetze bezüglich Irrenfürsorge.

Man darf, wie Näcke sagt, in dieser Angelegenheit nicht Prinzipienreiter sein. Was für den einen Staat passend ist, muß nicht auch für den anderen geeignet sein. So kommt es, daß wir bei Durchsicht der einschlägigen Literatur die entgegengesetztesten Anschauungen vertreten finden. Ja, innerhalb eines bestimmten Rahmens treffen wir sogar, ich möchte sagen, eine Metamorphose der Ansicht desselben Autors. So vertrat Näcke seinerzeit mit allem Nachdrucke den Adnex an die Strafanstalt. Diesen seinen Standpunkt modifizierte er allmählich, bis er dazu kam, sich für die Errichtung einer selbständigen Anstalt bei der Irrenanstalt einzusetzen, die er „Anstalt für gefährliche Geisteskranke" benannt wissen will, eine Anstalt, welche von der Heil- und Pflegeanstalt vollkommen getrennt, mit dieser nur wirtschaftlich verbunden gedacht ist. Das wäre mithin ein Mittelding zwischen Adnex an Strafanstalt und Irrenanstalt einerseits und Zentralanstalt andererseits.

Der wahre Typus der Zentralanstalten ist in Amerika und England zu finden. In diesem letzteren Staate wurde im Jahre 1863 eine besondere Anstalt gebaut, das bekannte Broadmoor Criminal Lunatic Asilum, welches vom Ministerium des Inneren verwaltet wird, aber unter der Aufsicht der Commissioners in Lunacy steht. Diese nehmen jedes Jahr eine Besichtigung der Anstalt vor und pflegen mit den darin verwahrten Kranken Rücksprache. In diese Anstalt werden alle Criminal lunatic ohne Rücksicht auf die Vorstrafe aufgenommen, also

1. alle verbrecherischen Geisteskranken und zwar auf Gerichtsbeschluß hin;
2. die geisteskranken Verbrecher.

Die Direktion des Gefängnisses hat selbst die Pflicht, die Begutachtung des erkrankten Gefangenen zu veranlassen. Es sind jedoch zwei ärztliche Gutachten notwendig, auf Grund deren dann der Staats-Sekretär die Überführung in das Criminal Lunatic Asylum verfügt. Innerhalb der Anstalt wird kein Unterschied gemacht in der Unterbringung der beiden Kategorien. Die Leitung der Anstalt ist rein psychiatrisch. Als oberstes Prinzip gilt die „Sicherheit der Gesellschaft". Daher finden wir alle jene Maßregeln ergriffen, welche dazu notwendig sind. Das Haus ist vollkommen ausbruchsicher gebaut und das ganze Anstaltsgebiet überdies noch mit einer hohen Mauer umgeben.

Die Behandlung der Insassen ist eine rein wissenschaftliche und spielt die Beschäftigungstherapie die führende Rolle.

Die Verpflegung fällt nicht den Heimatsgemeinden zur Last, sondern geschieht auf Rechnung des Staates.

Die Resultate, welche in diesen Zentralanstalten, die beinahe 800 Kriminelle beherbergen, erzielt wurden, sollen äußerst günstige sein.

Der große Vorteil einer solchen Zentralanstalt liegt in der rein ärztlichen Leitung, was ja beim Strafanstalt-Adnex nicht möglich ist, weshalb es in diesem zu kontinuierlichen Kompetenzkonflikten zwischen der ärztlichen Leitung desselben und der Gefangenhaus-Direktion kommt.

Die gleichzeitige Verpflegung von Männern und Frauen nähert den Betrieb mehr dem einer gewöhnlichen Irrenanstalt.

Ferner wird die als unentbehrlich erkannte „Verdünnung" der gefährlichen Elemente durch die große Menge der verbrecherischen Geisteskranken sehr erleichtert, denn die Engländer halten die „psychische Isolierung" nicht für inhuman, wie einige deutsche Psychiater sie erklären.

Ganz nach demselben Systeme sind die beiden amerikanischen Kriminal-Irrenanstalten Matteawan State Hospital und Dannemora State Hospital eingerichtet. Der Staat von New York hat diese zwei Anstalten, weil die Amerikaner die irren Verbrecher

von den verbrecherischen Irren trennen, was z. B. in Deutschland nicht der Fall ist. Sie machen einen Unterschied zwischen Degenerierten und Nichtdegenerierten.

Wenn auch das System der Zentralanstalten am Kontinente eine große Zahl von Feinden besitzt, so beginnen trotzdem Stimmen laut zu werden, welche für diese Anstalten sich ins Zeug legen und deren Errichtung aufs wärmste empfehlen. V. Kunowsky[21]) ist ein eifriger Verfechter dieses Systemes, das nach seiner Ansicht eine Menge von Vorzügen in sich birgt, welche die Adnexe vollkommen in den Hintergrund stellen. Die Zentralanstalten entlasten die Irren-Anstalten vollständiger als die Adnexe es tun, weil ihrer Ausdehnung keine Grenzen gezogen sind. Die Art der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher gerät weder mit dem Strafvollzuge noch mit den in der Irrenpflege geltenden, modernen Gesetzen in Konflikt und gestattet die Ausbildung eines humanen aber auch gleichzeitig straffen Regimes. Den Anforderungen der Sicherheit kann in jeder Beziehung Genüge geleistet werden, und die Organisation zum Zwecke der Krankenpflege sowie der Beschäftigung kann vollkommen frei ausgebildet werden. Auch in Frankreich beginnt man schon das Augenmerk mehr und mehr der Errichtung von Zentralanstalten zuzuwenden. Colin in Villejuif wünscht Anstalten wie die von Broadmoor, Matteawan und Dannemora, weil nur ein großes Asyl die Möglichkeit gewährt, die nötige Trennung vorzunehmen; nur dort allein können die geisteskranken Verbrecher allen Erfordernissen entsprechend und human behandelt werden; dort allein kann die Arbeit organisiert werden und eine Überfüllung wird unmöglich sein, wenn man dem Arzte gestattet, die harmlosen Kranken abzuschieben oder unbestimmte Urlaube zu gewähren (liberation conditionelle). Bei uns in Österreich haben Wagner und Benedikt[22]) den Adnex an die Irrenanstalt für das Schlechteste und am wenigsten Empfehlenswerte erklärt. Der Adnex an die Strafanstalt soll eine gewisse Existenzberechtigung haben, obwohl er für die im Untersuchungsverfahren wegen Geistesstörung Freigesprochenen gegenstandslos ist. Allen Anforderungen gerecht wird nur eine eigene Anstalt, welche den Namen „Staatsirrenanstalt" führen soll und in welche

1. verbrecherische Geisteskranke,

2. geisteskranke Verbrecher,

3. jene Geisteskranken, welche in einer Irrenanstalt eine Handlung begangen haben, die bei Geistesgesunden als ein Verbrechen gegen die Person zu qualifizieren ist,

4. die gemeingefährlichen Trunksüchtigen untergebracht werden. Diese Anstalt, in welcher die Aufnahme nur eine fakultative sein soll, muß unter der Direktion eines erprobten Anstaltsleiters stehen; in derselben muß stramme Disziplin herrschen, eingeschränkter und streng überwachter Verkehr mit der Außenwelt, Arbeitsgelegenheit, ja sogar Arbeitszwang (was man in Deutschland jedoch verdammt), Anwendung von Disziplinarmitteln und strenge Vorschriften bezüglich der Entlassung. Bei besonders schweren Verbrechen wäre die Frage zu erwägen, ob überhaupt eine Entlassung stattfinden soll.

Mit den Verpflegskosten der verbrecherischen Irren sollen in jedem Falle die Länder belastet werden.

Wir sehen also, daß Wagner sehr strenge Forderungen an eine solche „Staatsirrenanstalt" stellt.

Nun, gegen solche Zentralanstalten, die sich von Kerkern und Gefängnissen in nichts unterscheiden, kämpfen ganz besonders die Deutschen an, obwohl der Versuch mit den Zentralanstalten in England und Amerika nicht als gescheitert zu betrachten ist. Allerdings wurde uns im Jahre 1907 über eine große Revolte in Dannemora berichtet, in welcher ein Irrsinniger getötet und 30 verwundet wurden.

Nur aus Italien haben wir, wie schon erwähnt, schlechte Berichte über die „Manicomi criminali" von Montelupo, Aversa und Reggio Emilia, welche von Gefängnissen kaum verschieden sind.

In Deutschland schwankt man zwischen Adnexen an Strafanstalten und Adnexen an Irrenanstalten. Sander[23]) hält die Errichtung und Erweiterung der Strafanstaltsadnexe für die einfachste und billigste Methode zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Er kann die Ansicht Heilbronner's nicht teilen, daß solche Adnexe sich von Gefängnisanstalten wenig unterscheiden. Äußerlich ist allerdings ein geringer Unterschied, jedoch der innere Betrieb ist psychiatrisch fachgemäß. Sollen sie jedoch ihren Zweck vollauf erfüllen, so dürfen sie nicht reine Durchgangs-Stationen sein, sondern sie müssen einem langen Aufenthalte der Kranken dienen.

Schwandner[24]) teilt seine Erfahrungen aus dem Strafanstaltsadnexe Hohenasperg mit. Die Einrichtung des Adnexes wurde nach modernen Grundsätzen getroffen: geräumige Wachabteilungen mit Tag- und Nachträumen, große Säle, Hof usw. Bald begann das Elend wie in Düren. Alles wurde von den Kranken demoliert; man mußte viel stärker bauen.

Der Erfolg hängt ab von dem Einvernehmen zwischen Vorstand und Arzt. Auch nach diesem Autor hat sich die lange Behandlungsdauer der Kranken bewährt.

Nach Ribstein[25]), dem besten Kenner der Strafanstaltsadnexe, liegen die Vorteile derselben darin, daß die Irrenanstalten entlastet werden; daß alle Schwierigkeiten bei der Aufnahme in Wegfall kommen und die Strafzeit fortdauert. Die Nachteile liegen einzig und allein in der durch die Kleinheit bedingten Schwierigkeit der Trennung der einzelnen Gefangenen und im Mangel an Abwechslung in der Arbeit.

Der Bau muß fest sein, die Zahl des Pflegepersonales 1 : 3, und das wichtigste Prinzip ist die möglichste Trennung der Gefangenen, denn eine Ansammlung von mehr als 4—5 ist sehr gefährlich. Mithin ist eine Wachabteilung wie in Irrenanstalten unmöglich. Eine Bettbehandlung ist nicht durchführbar, da sie von den Gefangenen als lästig empfunden wird. Die moralisch Defekten sollen womöglich im ordentlichen Strafvollzuge verbleiben.

Nach Ablauf der Strafzeit sollen die geisteskranken Verbrecher nach Staiger in die gewöhnlichen Irrenanstalten gebracht werden, was er für leicht ausführbar hält, und verwirft die Idee anderer Autoren, die geisteskranken Verbrecher im Adnexe zu belassen, weil rechtlich nicht zulässig, oder sie in selbständige Anstalten für Kriminelle zu geben.

Lenhard[26]) hält auch den Strafanstaltsadnex für die beste Lösung, denn die möglichst rasche Überweisung der Kranken in die Abteilung gibt eine entsprechend bessere Aussicht auf Heilung; die Irrenanstalten werden entlastet; es bietet sich leicht Gelegenheit zur Rückversetzung in den Strafvollzug; ferner haben wir Gewähr für größte Sicherheit und eine finanzielle Entlastung der Gemeinden.

Nach v. Kunowsky liegt der Vorteil des Strafanstalts-Adnexes darin, daß der Anschluß an die Strafanstalt auch die Irrenabteilung an dem gesamten Sicherheitsdienst teilnehmen läßt, was beim Irrenanstalts-Adnex nicht der Fall ist. Zudem kommt noch die Entlastung der Irrenanstalt und die Billigkeit des Betriebes.

Der eifrigste Vorkämpfer des Strafanstalts Adnexes ist unzweifelhaft Näcke. Aber auch er hat in seiner Anschauung Wandlungen durchgemacht, die ihn, wie schon oben erwähnt, vom reinen Strafanstalts-Adnex zu eigenen Anstalten für gefährliche Geisteskranke geführt haben.

Die Vorteile des Strafanstaltsadnexes bestehen nach Näcke darin, daß sich die Kranken vom Gefängnisse in den Adnex leicht überführen lassen; daß hiermit größere Transportkosten ganz in Wegfall kommen und daß es leicht möglich ist, die gefährlichen, nicht vorbestraften Geisteskranken aus den gewöhnlichen Irrenanstalten mit zu übernehmen. Das wäre nach dem Muster von Tapiau in Ostpreußen, wo zum erstenmale der Vorschlag in die Tat umgesetzt und praktisch ausgeführt wurde,

1. geisteskranke Verbrecher,
2. verbrecherische Geisteskranke und
3. gefährliche, unbescholtene Geisteskranke zusammen in einem Adnexe unterzubringen.

Alle sollen gemeinsam behandelt werden, während ja bekanntermaßen Näcke noch vor 8—9 Jahren für eine Trennung dieser Kategorien sich aussprach.

Dieser in Tapiau gelungene Versuch gibt Näcke Gelegenheit, für die Errichtung von Anstalten für gefährliche Geisteskranke einzutreten, so daß wir auf demselben Boden

eine Heilanstalt,
eine Pflegeanstalt und
eine Anstalt für gefährliche Geisteskranke

haben werden.

Soll ein Adnex an ein Gefängnis wirklich dem Ideale nahe kommen, so ist nach Näcke folgendes notwendig:

1. Die Anstalt soll nicht zur Beobachtung und vorläufigen Unterbringung dienen, sondern die gemeingefährlichen Elemente so lange bewahren, bis sie harmlos geworden sind, einige eventuell auch zeitlebens. Die Harmlosen, soweit sie nicht ganz entlassen werden können, würde man einer gewöhnlichen Irrenanstalt zuführen, wogegen von dort, aber in besonderen Räumen, gefährliche, lasterhafte, aber nicht mit dem Gesetze in Konflikt geratene Geisteskranke eingetauscht werden könnten, was bedeutend besser ist, als in den Irrenanstalten besondere Räume zu reservieren oder gar solche zu bauen, was gewiß einem Rückschritte auf dem technischen Gebiete gleichkommt.

2. Ein größeres Gebäude mit mehreren Abteilungen zur Verteilung der Kranken, eventuell zwei bis drei Pavillons mit Bädern und Einzelräumen.

3. Mannigfache Arbeit, besonders im Garten und Felde.

4. Ein durchaus selbständiger Arzt, welcher mit Einvernehmen der richterlichen Behörde Entlassungen und Versetzungen vornehmen kann.

Doch die Freunde anderer Systeme finden am Strafanstaltsadnexe auch seine Schattenseiten.

Ich habe schon erwähnt, daß Wagner ihn für gegenstandslos hält für die im Untersuchungsverfahren wegen Geistesstörung Freigesprochenen. Heil-

bronner nennt solche Adnexe Anstalten zweiter Klasse und sagt, man kann nicht von einer Familie verlangen, daß sie ihren Kranken, weil er das Unglück gehabt hat, in geistiger Umnachtung eine verbrecherische Tat zu begehen, in eine Anstalt 2. Klasse geben. Die ganze Umgebung wird auf seinen Zustand schlecht einwirken. Flügge findet im Zusammengeben verbrecherischer Elemente einen Anlaß zu potenzierter Neigung zum Exzedieren und spricht daher für die psychische Isolierung.

Andere wieder befürchten, daß ein Strafanstalts-Adnex zu viele Eigenschaften von der Mutteranstalt übernehme und v. Kunowsky sagt, daß mit dieser Angliederung die Geisteskranken aufhören reine Kranke zu sein, und daß der rechtliche Standpunkt es verbiete, die Kranken dort unterzubringen.

Die Schwärmer für Irrenanstalts-Adnexe führen zur Begründung dieses Systems an, daß das milde, freie Regime der Hauptanstalt unwillkürlich auch mildernd auf den Betrieb der Verbrecherabteilung einwirke; daß ferner eine reinliche Scheidung vorgenommen wird, indem alle kranken Elemente aus der Strafanstalt entfernt werden, und daß eine Behandlung nach rein ärztlichen Grundsätzen nur im Irrenanstalts-Adnexe möglich sei.

Der Nachteil eines solchen Adnexes könnte eventuell darin zu suchen sein, daß derselbe einen ungünstigen Einfluß auf die Hauptanstalt ausüben könnte, denn trotz räumlicher Trennung ist die Scheidung beider Anstalten nie eine vollkommene. Solche schlechte Erfahrungen wurden z. B. in Nietleben und Plagwitz gemacht.

Die Irrenanstalts-Adnexe, welche ich zu sehen und zu besichtigen Gelegenheit hatte, machten auf mich einen ausgezeichneten Eindruck. Sie unterscheiden sich gewaltig von jenen, die wir in Österreich z. B. am Steinhof besitzen. Sie sind und müssen ausbruchsicher und fest gebaut sein, und das ganze Gebiet ist zudem noch von einer hohen Mauer umgeben, jedoch im Inneren unterscheiden sie sich wenig von Abteilungen für unruhige Kranke, und fiel mir ganz besonders auf der Mangel aller jener Einrichtungen, welche dem Gebäude so leicht den Charakter eines Gefängnisses verleihen. Nach dem Ausspruche der dortigen Ärzte befriedigen diese Adnexe in jeder Beziehung.

VI. Welche Forderungen stellen wir?

Hiermit bin ich am Schlusse meiner Ausführungen angelangt und erübrigt mir nur noch, die Forderungen, welche wir österreichischen Anstaltspsychiater in der Frage der Unterbringung der verbrecherischen Geisteskranken stellen, in folgenden Punkten zusammenzufassen:

1. Wir verlangen, daß ein ganz bestimmter Teil der verbrecherischen Geisteskranken und der geisteskranken Verbrecher aus den gewöhnlichen Irrenanstalten ausgeschieden werde.
2. Wenn nicht eigene Anstalten für gefährliche Geisteskranke in Bälde errichtet werden können, so mögen wenigstens Adnexe an Strafanstalten geschaffen werden, denn diese haben sich als die einfachste, am leichtesten ausführbare, billigste und auf Grund einer Rundfrage von den österreichischen Psychiatern am meisten vorgeschlagene Art der Versorgung der kriminellen Geisteskranken gezeigt.

Benützte Literatur.

1. Herz: Die Verbrechensbewegung in Österreich in den letzten 30 Jahren.
2. Staatliche Irrenanstalten in Österreich. Psych.-neurologische Wochenschrift Nr. 23, 1910, pag. 219.
3. v. Kunowsky: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher als Verwaltungsfrage. Psych.-neurolog. Wochenschrift 1907.
4. Näcke: Adnexe oder Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher? Psych.-neurolog. Wochenschrift, 5. Jahrgang.
5. Näcke: Adnexe an Gefängnissen für geisteskranke Verbrecher. Psych.-neurolog. W. 1907.
6. Pelman in Reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Rusek: Psych.-neurolog. W. 1907.
7. Rusek, siehe 6.
8. Näcke: Unterbringung geisteskranker Verbrecher, 1902.
9. Wagner und Benedikt, Referat in Dittrich, for. Psychiatrie.
10. v. Sölder: Strafrecht und Strafprozeßrecht in Dittrich, for. Psychiatrie.
11. Tilkowsky: Referat in Dittrich, for. Psychiatrie.
12. Oßwald: Inwiefern stören die kriminellen Geisteskranken den Betrieb der gewöhnlichen Irrenanstalt. Monatschrift für Kriminalpsychologie, 6. Jahrgang.
13. Deiters: Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebietes im Jahre 1900/1901. Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift, 4. Jahrgang.
14. Näcke, siehe 8.
15. Heß: Fahrlässigkeit bei Entweichung eines irren Strafgefangenen. Psych.-neurolog. Wochenschrift, 1901.
16. Staiger: Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie, 5. Jahrgang.
17. Heilbronner: Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preußen. Monatsschrift für Kriminalpsych., 1. Jahrgang.
18. Flügge: Einiges aus der Abteilung für irre Verbrecher in Düren. Monatsschrift für Kriminalpsych., 1. Jahrgang.
19. Staiger, siehe 15.
20. Geller: Aus dem Bewahrungshause in Düren. Monatsschrift für Kriminalpsych., 5. Jahrgang.
21. Staiger, siehe 15.
22. v. Kunowsky: Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neurolog. Wochenschrift, 5. Jg.
23. Wagner und Benedikt, siehe 9.
24. Sander: Zur Frage der Versorgung geisteskranker Verbrecher. Psych.-neurolog. Wochenschrift, 1. Jahrgang.
25. Schwandner: Praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Strafgefangener. Monatsschrift für Kriminalpsych., 5. Jahrgang.
26. Ribstein in Staiger's: Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher, siehe 15.

27. Lenhard: Über psychiatrische Strafanstalt-Adnexe unter Berücksichtigung der Abteilung für geisteskranke Verbrecher am Landgefängnis zu Bruchsal. Monatsschrift für Kriminalpsych., 6. Jahrgang.

Diskussion.

Böck (Troppau): Nicht alle kriminellen Geisteskranken sind für die Pflege in den Landesanstalten ungeeignet. Es sind noch Vorfragen zu lösen, insbesondere darüber, welche Instanz zu entscheiden hat, welche Kriterien für die Eignung erforderlich sind. Spricht sich für Staatsirrenanstalten aus mit landwirtschaftlichem Betriebe, ist nicht für Adnexe.

Schweighofer (Salzburg) konnte sich nicht überzeugen, daß die Adnexe an Irrenanstalten diese Frage in einer einwandfreien Form gelöst hätten. Schwierigkeiten in der Pflege Krimineller können aber kein Grund sein, diese Elemente abzulehnen. Der einzige maßgebende Grund liege darin, daß sie Zuchthausluft und Zuchthausgeist in die Anstalten bringen, auf die anderen Kranken einen ungünstigen Einfluß ausüben, den Zuchthausklatsch, Intriguen, Verleumdungen, Beeinflussungen der Schwachen, teils durch die Suggestion des geriebenen Gauners, teils durch Brutalität erzwingen und dadurch die auf Vertrauen wurzelnden Einrichtungen des Krankenhauses untergraben. Humanität gegen diese Elemente dürfe nicht durch Inhumanität gegen die vielen Kranken erkauft werden. Weist auf eine Aktion hin, welche der Landes-Ausschuß von Salzburg in dieser Hinsicht einzuleiten beabsichtigt.

Dejaco (Pergine) ist gegen die Zentralanstalt in der Form, wie sie Wagner in Österreich vorgeschlagen hat.

Der Antrag Dejaco wird dahin formulirt: Der psychiatrische Verband spricht sich dafür aus, daß ein bestimmter Teil der kriminellen Geisteskranken aus den Landesirrenanstalten ausgeschieden werde, und gibt dem Wunsche Ausdruck, daß der praktische Weg ehestens betreten werden möge, und zwar durch Schaffung eigener, entsprechend ausgestalteter, staatlicher Irrenanstalten.

Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Zur Abwehr der Presseangriffe“.

Von Professor Dr. *Friedländer*, Hohe Mark bei Frankfurt a. M.

Herrn Oberarzt Dr. Beyer ist es sicherlich bekannt, daß ich der Erste war, der wohl vor mehr als einem Jahrzehnt darauf hinwies, daß auf Mittel und Wege gesonnen werden müsse, den häufigen Angriffen auf die Psychiater zu begegnen. Bekannt auch ist, daß ich seit dieser Zeit unablässig in Wort und Schrift bemüht war, alle darauf hinzielenden Vorschläge, welche von anderer Seite kamen, zu unterstützen. Ich brauche somit nicht zu sagen, wie dankbar ich die Mitteilung über das eingehende Studium begrüßte, dem Herr Kollege Beyer soviel Mühe und Zeit opferte. Wenn ich in nachfolgendem einige Bemerkungen mache, so darf ich hoffen, daß dieselben von Herrn Beyer in keiner Weise als eine Kritik aufgefaßt oder empfunden werden. Er wie ich wollen der gleichen guten Sache dienen und ein Meinungsaustausch über diese so schwierige, wie mit größter Vorsicht zu behandelnde Materie kann nur förderlich sein. Als die Presse von jenem Antrag, der bei einer Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gestellt wurde, die Schaffung eines Rechtsbüros betreffend, Kenntnis erhielt, verurteilte sie die diesbezüglichen Bestrebungen mehr oder minder. Nun könnten manche wohl sagen, daß unser Verein nicht nach der Ansicht der Presse zu fragen, sondern lediglich das durchzuführen hat, was ihm als richtig und zweckentsprechend erscheint. Ich persönlich könnte einem solchen Standpunkt nur in sehr bedingter Weise beitreten, weshalb ich es mit Freude begrüßte, daß ein diesbezüglicher Beschluß in der Jahresversammlung nicht gefaßt wurde. Ich stimme also Herrn Kollegen Beyer in diesem Punkte durchaus zu; nicht jeder Angriff (wie ich in meinem Aufsatze über „Die soziale Stellung der Psychiatrie“ geschrieben habe) verlohnt der Abwehr, wohl aber jeder der Einkehr. Zuzugeben ist, daß, wie Herr Kollege Beyer treffend hervorhebt, Angriffe auf den einzelnen derart sein können, daß sie den gesamten Stand schädigen. Die Anstrengung von Beleidigungsklagen — abgesehen von solchen Fällen, in denen die Unterlassung der Klage einem Eingeständnis der Schuld gleich käme oder in denen die Beleidigung eine derartige ist, daß der Betreffende darauf reagieren muß — wird niemals die Folge haben, daß es zu einer Aufklärung und Beruhigung des Publikums kommt. Dies aber muß die Zielbestrebung der ganzen Bewegung sein.

Zuzugeben ist auch Herrn Kollegen Beyer ohne jede Einschränkung, daß die Psychiater nichts Verkehrteres tun konnten, wenigstens in ihrer überwiegenden Zahl, als die Angriffe mit „vornehmem Schweigen“ zu übergehen.

Wenn also Herr Kollege Beyer meint, daß die Öffentlichkeit überhaupt einen Anspruch darauf

habe, aufgeklärt zu werden, so pflichte ich ihm auch hierin bei.

Nun komme ich aber zu den Vorschlägen des Herrn Beyer, die nebenbei bemerkt, gerade das enthalten, was seinerzeit auf meine Anregung hin im Schoße des Vereins der deutschen Psychiater beschlossen wurde. Damals wurde eine Kommission, bestehend aus den Herren Kollegen Hoche und Aschaffenburg, gewählt, die Angriffe auf die Psychiater registrieren und auf ihre Berechtigung hin prüfen sollte. Wie Herr Kollege Beyer weiß, haben wir von der Kommission nie etwas gehört, und ich stehe nicht an, heute, nachdem ich seit so vielen Jahren die Angelegenheit verfolgt und auf Mittel zur Abhilfe der bekannten Übelstände gesonnen habe, meine eigene Idee als eine unfruchtbare zu bezeichnen. Ich verstehe auch, weshalb und warum jene Kommission keine ersprießliche Tätigkeit entfalten konnte.

Herr Kollege Beyer erweitert nun den seinerzeitigen Antrag dahin, daß er vorschlägt, die Kommission sollte eine stete Verbindung mit der Presse unterhalten und durch deren Vermittlung dahin wirken, daß die Zeitungen, bevor sie über einen Fall berichten, bei der Kommission Informationen einholen.

Wenn sich Herr Kollege Beyer von der Tätigkeit einer Kommission, welche aus drei Psychiatern besteht, die die eben besprochene Verbindung mit der Presse herzustellen haben, etwas verspricht, so bedaure ich erklären zu müssen, daß ich diesbezüglich ganz anderer Ansicht bin. Wir (d. h. der Vorstand des Vereins der ärztlichen Leiter von Privatirrenanstalten) haben diese Fragen eingehend studiert, unsere Vorschläge haben in der Generalversammlung einstimmige Billigung gefunden. Über den Inhalt derselben halte ich mich noch nicht befugt, Mitteilung zu machen, ich möchte mich deshalb darauf beschränken, meiner persönlichen Ansicht Ausdruck zu verleihen.

Herr Kollege Beyer sagt: „Ich weiß, daß sogar viele Psychiater einen ganz leisen Verdacht in manchen Fällen nicht von der Hand weisen." Soweit sich ein solcher Verdacht etwa darauf beziehen sollte, daß wir mit den Gegnern der Psychiater glauben, es kämen bewußte Gesetzesverletzungen, widerrechtliche Internierungen aus materiellen Gründen usw. in ärztlich geleiteten Heilanstalten vor, möchte ich nicht glauben, daß ein derartiger Verdacht bei Ärzten selbst entstanden ist. Wenn doch, so trifft dies vielleicht für jene zu, die nicht in der Lage sind, sich ein eigenes Urteil zu bilden und darum durch die Vehemenz der Angriffe dazu verleitet werden anzunehmen, „daß doch etwas daran sei". Solche Ärzte bedürfen eben auch, wie das große Publikum der Aufklärung. Ich möchte aber an Herrn Kollegen Beyer die Frage richten, ob er der Meinung sei, daß die Psychiater gegen Irrtümer und Fehler gefeit seien. Jeder erfahrene Arzt wird, wenn er häufig als Gutachter tätig sein muß, die Erfahrung gemacht haben, daß das eine oder andere Gutachten besser begründet und vor allem auf größerem Wissen und längerer spezieller Tätigkeit hätte aufgebaut sein können. — Wird nicht andauernd die Forderung erhoben, daß wichtige Gerichtsentscheidungen nicht von jungen, sondern von älteren, durch reiche Lebenserfahrung und psychologische Kenntnisse geschulte Richter getroffen werden sollen? Ich vermag hierin ebensowenig eine Beleidigung des Richterstandes zu sehen, wie in der gleichen Forderung bezüglich der Psychiater; darum glaube ich, daß nichts weniger angebracht ist, als zu große Nervosität und Empfindlichkeit.

Die von Herrn Kollegen Beyer neuerdings angeregte Kommission käme in der überwiegenden Zahl der ihr zur Prüfung vorgelegten Fälle zu einem, wenn ich so sagen darf, Freispruch. Derselbe hätte aber für die Öffentlichkeit, wie ich glaube, nicht die geringste Beweiskraft. Diejenigen, die vorurteilslos, wenn ich schon nicht sagen will, mit Dankbarkeit, Mitgefühl und Anerkennung den Psychiatern gegenüberstehen, benötigen die Erklärungen der Kommission nicht. Diejenigen, die sich von ihrem Mißtrauen nicht befreien können, werden durch das Erkenntnis der Kommission in keiner Weise berührt und nur veranlaßt werden zu sagen, daß sie nicht einen Augenblick daran dachten, daß eine Kommission, die aus drei Psychiatern besteht, einem ihrer Kollegen unrecht geben würde.

Nehmen wir nun den seltenen Fall an, daß die Kommission zu der Ansicht käme, daß in irgendeinem zweifelhaften Falle eine andere, vorsichtigere, sachgemäßere Behandlung am Platze gewesen wäre, so befindet sie sich in der äußerst mißlichen Lage, einen Kollegen tadeln zu müssen. Soll also eine Kommission dem Publikum gegenüber als völlig unabhängig und vorurteilslos erscheinen, so dürfte meines Erachtens dieselbe niemals nur aus Psychiatern bestehen. Ihre Zusammensetzung müßte vielmehr etwa so sein, daß in ihr zwei Vertreter der deutschen Presse, zwei Psychiater und als Vorsitzender ein Staatsrechtslehrer sich befänden. Diese Kommission hätte aber nicht nur eine abwehrende, also eine negative Tätigkeit auszuüben, sondern müßte vielmehr auch darauf bedacht sein, alle Bestrebungen zu verfolgen, die sich auf die gesamte Irrengesetzgebung, Irrenfürsorge usw. beziehen. Aus dem ständigen Zusammenarbeiten

solcher drei Faktoren von verschiedenem Beruf, verschiedener Erfahrung und verschiedener Lebensanschauung könnte sich eine äußerst ersprießliche Tätigkeit entwickeln. Die Kundgebungen dieser Kommission würden von jedem gehört werden, der überhaupt in der Lage ist, zu hören. Herr Kollege Beyer hat weiterhin die Ansicht geäußert, es müßten übersichtliche und für Laien verständliche Einzelheiten aus der Krankengeschichte veröffentlicht werden, falls sich dies als notwendig erweisen sollte. Gerade dies wäre eine Frage, die von der von mir vorgeschlagenen Kommission, vor allem von dem Staatsrechtslehrer, zu prüfen wäre. Ich halte nach dem allerdings sehr unklaren Wortlaut des § 300 StrGB. den von Herrn Kollegen Beyer vorgeschlagenen Weg so ohne weiteres nicht für gangbar. Es ist sicherlich höchst bedauerlich, wenn die „Gesamtheit der Staatsbürger unter einem schlechten Irrengesetz“ leiden müßte, und es ist Aufgabe aller beteiligten Faktoren, darauf hinzuwirken, daß wir kein schlechtes Irrengesetz bekommen. Ob es aber angängig wäre, einen Geisteskranken in der Öffentlichkeit zu „diskreditieren“, das zu entscheiden kann nie die Sache eines Arztes allein sein, vielmehr ist gerade der Arzt berufen, den § 300 als Säule zu betrachten, auf dem das bedingungslose Zu- und Vertrauen des Kranken und seiner Angehörigen ruht. Daß der angegriffene Arzt befugt ist, in der erforderlichen Weise sich bei einem Angriff zu rechtfertigen, d. h. also unter Preisgabe der von ihm gemachten Wahrnehmungen, die unter das Berufsgeheimnis fallen, möchte ich solange bezweifeln, als keine reichsgerichtliche Entscheidung im bejahenden Sinne vorliegt.

Es ist aus allem diesen ersichtlich, wie wichtig die bezüglichen Fragen sind, und ich möchte nochmals meiner Genugtuung darüber Ausdruck verleihen, daß Herr Kollege Beyer sich entschlossen hat, seine Erfahrungen in einem Werk niederzulegen, welches als Grundlage und Quellenangabe für alle weiteren Überlegungen voraussichtlich die besten Dienste tun wird.

Referate.

— Fournier, Prof. Alfred, Mitglied der Académie de Médecine (Paris). Hereditäre Syphilis, deren Prophylaxe und Therapie. Autorisierte deutsche Übersetzung von Dr. med. Edgar Neumann-Wien. Verlag von Theod. Steinkopf, Dresden, 1910. 80 S. 2,50 M.

Der bekannte Pariser Syphilidologe behandelt in vorstehender Schrift die ärztlich bei der Prophylaxe, der Erkennung und Behandlung der hereditären Syphilis gemachten Fehler in vier Kapiteln: 1. der sträflichen Zeugung, wo es ärztliche Pflicht sei, unbewußte Sünder aufzuklären; 2. der Unterlassung der Foetalbehandlung, die zwar für den Vater kompromittierend, für das Kind jedoch meist lebensrettend sei; 3. dem Verkennen der Stigmata, die den ganzen Organismus und einzelne Organe als direkte und indirekte betreffen können und für die Diagnose ausschlaggebend sind; und 4. den unzureichenden Kuren, die auch hier wie bei der akquirierten Syphilis in Form einer chronisch-intermittierenden Behandlung geboten seien. Ein kurzes Nachwort behandelt das Ehrlich-Hatasche Mittel, bez. dessen Dauererfolge Verf. zu einiger Skepsis rät.

Das Buch ist anregend geschrieben, mit guten Abbildungen ausgestattet, nur scheinen mir einige der angeführten Stigmata (z. B. angeborene Hüftgelenkluxation, Klumpfuß, partieller Riesenwuchs, Trichterbrust, die teratologischen Stigmata, Hydramnion, Zwillinge) in Deutschland wenigstens nicht allgemeine Anerkennung als hereditär-syphilitische Zeichen zu finden. Albrecht-Treptow.

— Wulffen, Shakespeares große Verbrecher. Richard III., Macbeth, Othello. Berlin-Lichterfelde, Dr. Langenscheidt. 292 S.

Eine interessante Aufgabe hat sich jüngst der bekannte Dresdener Staatsanwalt gestellt, indem er in sorgfältiger und tiefgehender Weise unter besonderer Heranziehung der Psychiatrie und Sexologie die innerste Natur der großen Verbrecher in Shakespeares Richard III., Macbeth und Othello biologisch zu ergründen sucht und sich bemüht, ihr Tun und Lassen mit des Dichters eigenster Persönlichkeit in innigen Konnex zu bringen, sie als Gestalten seines eigenen Ichs uns vorzuführen.

Anschaulich schildert er uns kurz Shakespeares Leben, hält ihn sexuell für abnorm, — bisexuell und masochistisch — und bringt diese Triebabweichungen in Beziehung mit den Dramen Richard III. und Othello.

Mit Interesse liest man u. a. die allgemeine Charakterisierung Macbeths und die Darstellung der energischen und grausamen Lady Macbeth, wie sie ihren Mann zur Ausübung des Mordes an seinem Vetter, König und Gast zu bestimmen weiß, ohne jedoch deshalb die Ansicht des Verfassers zu teilen, daß sie eine Hysterika ist.

Klar durchgeführt ist der Beweis dafür, daß Othello Rächer und Richter ist; mit Recht vergleicht Verf. Richard III. mit Alberich u. dergl. m.

Andererseits jedoch kann man mit W.s Ausführungen nicht immer übereinstimmen; es betrifft dies vornehmlich diejenigen Stellen, in denen reinpsychiatrische Fragen erörtert werden, spricht er doch direkt von einer „klinischen Beurteilung der pathologischen Zustände“! Dafür nur einige Beispiele: Schon die Definition von Illusion und Halluzination ist zum mindesten unklar; eine Fußgeburt hält er

für die Ursache psychischer Degeneration! Macbeths Anfall hält er für epileptisch und zitiert als Beweis dafür die Stelle: „Schnell geht der Anfall über; augenblicks ist er dann wohl. Beachtet ihr ihn viel, so reizt ihr ihn, und länger währt das Übel." Das dürfte wohl eher für hysterische Zustände passen.

Auch W.s Anschauung: „das eigene Ich des Epileptikers tritt in den Vordergrund, das Selbstgefühl wächst", läßt sich in dieser Allgemeinheit wohl schwerlich als pathognomonisch für die Fallsucht aufrecht erhalten. Überhaupt sollte man nicht immer dies und jenes Symptom, das uns die Dichter auf der Bühne zeigen, in ein bestimmtes Krankheitsbild zwängen wollen!

Ferner räumt Verf. dem sexuellen Moment zweifellos viel zu viel ein: Desdemona ist nach ihm eine Masochistin, Jago ein Sadist, etc. Auch versteigt sich Verf., der Anhänger der Freudschen Lehre ist, zu der Behauptung: „die höchsten Leistungen des menschlichen Genius haben ihre letzte notwendige Wurzel in den individuellen sexuellen Energien," oder: „Die gesamten Lebenserscheinungen begreift man nur halb, wenn man sie nicht auch liebevoll vom Standpunkt der Sexualwissenschaft betrachtet".

Trotz dieser Einwendungen ist die Lektüre des Buches anregend und durchaus empfehlenswert.

Dr. Kürbitz-Sonnenstein.

— Verworn-Bonn, Max, Die Entwicklung des menschlichen Geistes. Ein Vortrag. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1910. 52 S.

Die viele Wissensgebiete umfassende, daher schwierige Erforschung der menschlichen Geistesentwicklung gründet sich nicht nur auf die historische Kulturgeschichtsforschung (Lamprecht), sondern auch auf die prähistorische. Das „biogenetische Grundgesetz" Häckels hat ebensowohl für die Formentwicklung wie für die geistige Stammesentwicklung Geltung. — Die wichtigsten Ergebnisse sind: Primäre Bewußtseinsvorgänge sind die Sinnesempfindungen, sekundäre die Vorstellungen, Gedanken, Gefühle, Willensakte; Vorstellungen können willkürlich reproduziert und durch Assoziationen verknüpft werden; das anatomische Substrat bildet das Neuron mit seinen Nervenfaden und Dendriten, die Gedankenselektion kommt zustande durch verschieden starke Reizbarkeit (Refraktärstadium = nervöse Hemmung nach Reizung) der Ganglienzellen, sie allein erzeugt ein logisches, d. h. mit der Erfahrung in Einklang stehendes Denken. — Von diesen allgemeinen Gesichtspunkten aus entwirft Verf. folgende Skizze der Entwicklung des menschlichen Geistes von den frühesten Anfängen bis zur Gegenwart: 1. Zeitalter des sinnlich-impressionistischen Geistes (eolithische Kultur); 2. Zeitalter des naiv-praktischen Geistes (archäolithische und paläolithische Kultur); 3. Zeitalter des theoretisierenden Geistes, a) Stufe des dogmatisch-spekulativen Denkens (bis zur Renaissance), b) Stufe des kritisch-experimentellen Denkens (Renaissance bis zur Gegenwart). Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Dr. med. Alfons Maria Jakob ist hier heute als Assistenzarzt eingetreten.

— **Posen.** Dem Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt in Dziekanka, Sanitätsrat Dr. med. Karl Gotth. von Blomberg, wurde vom 1. Januar 1912 ab die kommissarische Verwaltung der Direktorstelle der Prov.-Irrenanstalt in Kosten (Prov. Posen) übertragen.

— **Schlesien.** Erster Anstaltsarzt Dr. Julius Popp aus Allenberg als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau angestellt.

Dr. Felix Preißner aus Breslau als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben angestellt.

Assistenzarzt Dr. Paul Ullmann in Bunzlau zum Abteilungsarzt ernannt.

Berichtigung.

In Nr. 33, S. 322 heißt es irrtümlich: „das Bewahrungshaus in Göppingen läßt Holzlöffel und Vogelkäfige in einzelnen Zellen schnitzen." Es muß statt Göppingen Göttingen heißen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. 2. Dezember **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über die Fortschritte des Irrenwesens. Vierter Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet von G. Werner in Bedburg bei Cleve. (Fortsetzung). (S. 363). — Zur Zellenfrage. (S. 368). — Mitteilungen. (S. 369): Zur Frage der Sauerstoffanwendung. — Therapeutisches. (S. 369): Asparin bei Psychosen. — Personalnachrichten (S. 370).

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Personal.

a) Ärzte.

Die Ärztenot, über welche in den früheren Berichten stets sehr geklagt wurde, hat im großen und ganzen abgenommen, einmal, weil die Gehälter gerade der Assistenten und Anstaltsärzte im allgemeinen erhöht worden sind, dann ist auch sicher bei der Überfüllung des ärztlichen Standes die Versorgung im Irrenwesen lockender. Bietet sie doch, wenn auch kein reichliches, so doch genügendes und sicheres Auskommen und spätere Pension. Viele wird allerdings das langsame Avancement, die stets mehr oder weniger eintönige Arbeit und die relativ große Abhängigkeit von diesem Berufe abhalten, Übelstände, die nun einmal im Wesen der Anstalten liegen und sich nur schwer werden beseitigen lassen. Bedenkt man noch, wie frei und mannigfaltig der Zivilarzt sonst seine Tätigkeit entfalten kann, so ist die Abneigung gegen den Anstaltsdienst doppelt leicht verständlich. Jedoch auch über dem Zivilarzt schwebt ein Damoklesschwert: das Kassenwesen und seine Abhängigkeit von oft doch recht wenig einsichtsvollen Leuten. Es ist durchaus anzuerkennen, daß sich in neuerer Zeit vielfach Bestrebungen geltend gemacht haben, den jüngeren Herren ein größeres und selbständigeres Arbeitsfeld zu gewähren, ohne daß jedoch natürlich die einheitliche Leitung der Anstalt durch den leitenden Arzt geschmälert wird, wie dies z. B. Warstein ausführt. Es heißt eben auch hier *εἷς βασιλεύς, εἷς κοίρανος ἔστω.*

Freudig wäre es zu begrüßen, wenn die Ernennung zum Oberarzt und die entsprechende Besoldung nicht von den gerade freiwerdenden Stellen abhängig wäre, sondern nach einer bestimmten Reihe von Jahren einträte. Mit relativ wenig Geldmitteln könnte auf diese Weise für lange Zeit eine dauernde Befriedigung der Ärztewünsche erzielt werden. Denn die Aussicht auf den Direktorposten schwindet natürlich immer mehr bei der Tendenz, die einzelnen Anstalten aus finanziellen Gründen möglichst groß anzulegen. Die Mehrzahl der eintretenden Ärzte muß sich mit dem Gedanken vertraut machen, es nicht über den Oberarzt hinauszubringen.

Es ist ohne weiteres verständlich, daß die Anstalten der kleineren Staaten in bezug auf genügenden Ersatz viel ungünstiger gestellt sind als die Anstalten, welche zu größeren Verbänden zusammengeschlossen sind. Immerhin kommen auch noch von den Anstalten größerer Provinzen Klagen.

In Eberswalde wollte es nicht gelingen, zwei Assistenzarztstellen unter den bisherigen Bedingungen zu besetzen, erst als die Gehälter aufgebessert und die Anstellung schon nach einem halben Jahr in Aussicht gestellt wurde, fanden sich geeignete Bewerber. Auch in Langenhagen fehlten im Jahre 1908/09 von sieben Ärzten drei. „Diese Tatsache hat, wie, der Berichtszeit vorauseilend, hier schon erwähnt sein mag, ihre Wirkung auf die Gestaltung der Besoldungsaufbesserungen wohl nicht verfehlt."

Allerdings macht sich nach der Verbesserung der Ärztegehälter und der erleichterten Anstellungsbedingungen ein anderer Übelstand oft geltend. Es handelt sich darum, den Herren, wenn sie sich verheiraten, geeignete Wohnungen zu verschaffen, die

nicht aus dem Boden gestampft werden können. Im Interesse des Dienstes und der betreffenden Herren selber ist es unbedingt wünschenswert, daß alle Ärzte in der Anstalt wohnen. Man kann den übrigen Herren nicht zumuten, die auswärts wohnenden dauernd während der Mahlzeiten und nachts zu vertreten. Und diesen es hinwiederum nicht verdenken, wenn sie nur sehr ungern sich, im Falle des Tagesdienstes, 24 Stunden oder sogar 48 Stunden von der Häuslichkeit trennen wollen. Da in der Rheinprovinz in den letzten Jahren auffallend viele Herren geheiratet haben, ist dieser Übelstand von den betroffenen Herren oft schmerzlich empfunden worden, wenn sie auch der Überzeugung waren, daß dieser Zustand nur ein vorübergehender war, und von seiten der Provinzialverwaltung in entgegenkommender Weise alles getan wurde, um das Los der davon Betroffenen zu erleichtern.

Während in Sachsen alle Stellen besetzt zu sein scheinen, herrscht in Württemberg derartige Not, daß im Jahre 1908 auf einer Direktorenkonferenz über die geeigneten Wege, Abhilfe zu schaffen, beraten wurde, doch fanden die Anträge nicht die Billigung des Kgl. Ministeriums und wurden, soweit sie Gehaltsaufbesserungen betrafen, bis zur allgemeinen Erhöhung der Staatsbeamtengehälter zurückgestellt. Jedoch wurde den Oberärzten der Staatsirrenanstalten der Rang auf der siebenten Stufe der Rangordnung verliehen. Besonders übel scheinen Zwiefalten und Schussenried daran zu sein. In Zwiefalten fehlten von sechs Ärzten zwei und heißt es da: „insbesondere fehlt jede Zeit zu wissenschaftlicher Betätigung oder gehöriger Weiterbildung. Zustände, die es mit sich bringen, daß die Ärzte jahrelang nicht einmal mehr jeden dritten Sonn- oder Feiertag regelmäßig für ihre bei dem aufreibenden Dienst doch so nötige Erholung verwenden können, verlangen gebieterisch rechtzeitige Abhilfe, um so mehr, als der in einigen Jahren zu erwartende Zuwachs an Ärzten den Irrenanstalten, wenn überhaupt, so doch erst in letzter Linie zugute kommen dürfte." Das sind ziemlich pessimistische Anschauungen. In Schussenried mußte während der Urlaubszeit der Direktor sogar selbst mit den ärztlichen Dienst versehen. Bayreuth kämpft trotz der Gehaltsaufbesserung im letzten Jahre andauernd mit Ärztemangel und betrugen die Annoncekosten

1907: 320,20 Mark,
1908: 465,50 „
1909: 779,60 „
in Sa. 2165,30 Mark.

Von den kleineren Staaten hatte besonders Hamburg in seiner Anstalt Friedrichsberg 1907 über derartigen Ärztemangel zu klagen, „daß die ordnungsmäßige Behandlung der Geisteskranken gefährdet wurde." Es waren vier Assistenz- und zwei Hilfsarztstellen unbesetzt. Die Erhöhung der Gehälter blieb erfolglos, bis durch die Umwandlung zweier Assistenzarztstellen in etatsmäßige Abteilungsarztstellen dauernd Abhilfe geschaffen wurde. 1910 wurden abermals zwei Abteilungsarztstellen sowie die Prosektorstelle etatsmäßig gemacht. Auch in Bremen wird lebhaft über Ärztenot geklagt, so daß die Stellen zeitweise nichtapprobierten Ärzten übertragen werden mußten. Nicht anders war es im Landesspital zu Sigmaringen, dessen Assistenz bisweilen Medizinalpraktikanten übertragen werden mußte.

Jedoch nicht nur in Deutschland ist der Mangel oft groß, auch in Österreich mußten z. B. im Feldhof zu Graz Aushilfsarztstellen von Studenten, nicht Kandidaten, der Medizin versehen werden, die bei ihrem Austritt möglichst einen „Substituten" stellten.

Nicht anders ist es in der Schweiz, wo mehrfach „Sommerassistenten" angestellt wurden; sehr häufig finden wir da auch russische Namen. Den größten Wechsel hat das Burghölzli 1909 zu verzeichnen. Die Stellen des I., II. und III. Assistenzarztes wurden je dreimal neu besetzt!! Als Unterassistenten fungierten im Laufe des Jahres Dr. Stockmayer von Obertürkheim, Dr. Fox aus Österreich, Dr. Marie Linsburg aus Lodz, cand. med. Rebekka Babitzkaja aus Rußland und Dr. Müller aus Österreich. Das sind 14 ärztliche Personen, die an der Anstalt von rund 400 Kranken wirkten. Wie mag es da mit der Zusammenarbeit bestellt gewesen sein! Nebenbei sei bemerkt, daß in der Schweiz noch keine Pensionsberechtigung zu bestehen scheint, wenigstens wünscht sich diese die Anstalt von Préfargier. Auch in Lübeck wurde die Stelle des Direktors erst 1905, die des zweiten Arztes erst 1907 pensionsberechtigt. In Sachsenberg (Mecklenburg) wurde der seit zehn Jahren im Anstaltsdienst stehende Assistenzarzt zum Anstaltsarzt ernannt.

In den Berichten finden sich mehrfach Ärztinnen angeführt. So in Buch eine Assistenzärztin, in Eglfing ein Frl. Dr. med. als Medizinalpraktikantin für 1/2 Jahr, in Ellen (Bremen) 1908 zwei Damen, 1909 eine Dame, 1910 wieder zwei Damen in gleicher Stellung. Von Dezember 1909 bis September 1910 war ferner noch ein Herr und Frau Dr. med. tätig. Ferner trat in Stephansfeld-Hördt eine Ärztin ein, in Münsingen (Kanton Bern)

ebenfalls ein Frl. Dr. med. Leider schweigen sich alle Berichte bis auf den Münsinger, der sehr zufrieden ist, über die Tätigkeit der Ärztinnen völlig aus. Es wäre interessant, zu erfahren, ob sich dem Personal und den Kranken gegenüber irgendwelche Schwierigkeiten ergeben haben, ob die Verwendung auf beiden Geschlechtsseiten stattfand und anderes mehr. Immerhin ist, soweit es sich verfolgen ließ, keine Ärztin bis jetzt angestellt worden und auch nicht über ein Jahr an derselben Stelle verblieben.

Über die Frage der Medizinalpraktikanten äußert sich Eberswalde ausführlich und wünscht nach den gemachten recht guten Erfahrungen, daß viele Herren während ihres praktischen Jahres Gelegenheit nehmen, ihre Kenntnisse der Irrenheilkunde zu vervollkommnen im eigenen Interesse, im Interesse der Allgemeinheit und auch der Anstalten, denn von den sieben bisher dort tätig gewesenen Medizinalpraktikanten sind drei Anstaltsärzte geworden. In der Mehrzahl der Fälle allerdings wird beobachtet, daß die Herren, wenn sie als Medizinalpraktikanten sich einen Einblick verschafft haben, auf eine Assistententätigkeit ganz verzichten, und scheint daher eine Eingabe der Krankenhausdirektoren an den Bundesrat, die Bestimmungen über das praktische Jahr zu ändern, durchaus notwendig, wie im Bericht von Sigmaringen betont wird.

Da die persönlichen Nachrichten schon längst durch die Zeitschriften bekannt sind, sehe ich hier fast ganz davon ab und erwähne nur, daß Landsberg in einem Jahre den Tod seines Direktors Geh. Sanitätsrat Dr. Gock am 31. August und des Oberarztes Dr. Hopf am 3. Juni 1910 zu beklagen hatte. Am 1. April 1909 tauschte der Direktor der Anstalt Kosten, Sanitätsrat Dr. Dluhosch, seine Stellung mit der des Direktors von Obrawalde, Dr. Scholz, aus. Prof. Weygandt aus Würzburg übernahm die Stelle des Direktors in Friedrichsberg. Ende Dezember 1908 schied Herr Prof. Araky aus Tokio, der sich informatorisch an der Göttinger Anstalt beschäftigt hatte, aus. Herr Dr. F. K. Walter in Friedmatt trat Ende 1910 aus, um Prosektor am anatomischen Institut der Universität Rostock zu werden. — Der Direktor von St. Urban (Schweiz) wurde je zweimal auf der Männer- und Frauenseite angegriffen. — Ein Psychiater hatte sich in einer Fachzeitschrift sehr abfällig über „die Heilungsaussicht der Irrenanstalt" ausgesprochen. Er hält die Irrenanstalten für reine Pflegestätten, ohne jeden Einfluß auf den Ablauf der Krankheiten. Wer eine Manie hat, wird sie wieder los; das ist die Regel und für die Heilbarkeit besagt es nichts, wo der Patient sein Leiden überwindet, ob mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaals, oder die Krankheit nimmt allemal den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf den Einfluß von außen usw. Dagegen wendet sich der (kgl.) sächsische Bericht vom Jahre 1907: Einerseits überschätzt die vorgetragene Ansicht wohl den endogenen Faktor für die Entstehung und den Verlauf der Geisteskrankheiten gegenüber den äußeren schädigenden Momenten, andererseits kann man sagen, „daß man den Ablauf einer Lungenentzündung, eines Typhus, einer Herzaffektion entschieden viel weniger beeinflussen kann, als den einer Psychose, ohne daß man deswegen die Behandlung innerer Krankheiten in Krankenhäusern für überflüssig zu erklären geneigt sein würde, und namentlich in bezug auf Lungenschwindsucht, für welche fortgesetzt Anstaltsbehandlung unter Aufwendung großer Mittel erstrebt wird, wird man behaupten dürfen, daß der Unterschied zwischen den Heilungsaussichten bei häuslicher und bei Anstaltsbehandlung zugunsten der letzteren für die Geisteskrankheiten ganz gewiß eine größere ist, als für die Phthisiker." Wie oft wirkt die Unterbringung bei nahrungsverweigernden und selbstmordsüchtigen Kranken geradezu lebensrettend, wie groß ist die Gefahr, daß verblödete Kranke in der Hauspflege zu Tieren herabsinken, oder als solche gehalten werden, während in den Anstalten alles geschieht und geschehen kann, um den noch gebliebenen Rest des Verstandes zu erhalten. Damit ist nicht gesagt, daß nur die Anstaltspflege das allein Richtige ist. Wir haben es ja bei der Familienpflege gesehen, wie diese bisweilen noch Erfolge erzielt, wo die Irrenanstalt versagt hat. Es heißt eben auch hier individualisierend vorgehen.

b) Pflegepersonal.

Mit recht großen Schwierigkeiten ist für viele Anstalten oft die Beschaffung geeigneten und genügend zahlreichen Personals verbunden, da ein großer Prozentsatz der Eintretenden nach kürzerer oder längerer Zeit diesen Dienst wieder aufgibt. Den größten Wechsel hatte Warstein (1908), er betrug beim männlichen 128,8%, beim weiblichen Personal 103,2%; in Kosten betrug der Wechsel beim männlichen 100%, beim weiblichen 78%, in Schussenried (1908) 40% beim männlichen, 10% beim weiblichen Pflegepersonal. Die besten Verhältnisse scheinen in dieser Beziehung im Kgr. Sachsen zu herrschen. Von über 250 Pflegern mußte 1907 einer entlassen werden, zwei traten in den Ruhestand, drei Hilfspfleger schieden freiwillig aus. Beim weiblichen Personal war der Wechsel größer: von den

wirklichen Pflegerinnen wurde keine einzige entlassen, 19 traten freiwillig aus wegen Verheiratung, häuslicher Verpflichtungen etc., eine wurde pensioniert, zwei starben. Von den Hilfspflegerinnen schieden zwölf aus. 1908 schieden von 500 Pflegern und Hilfspflegern zehn aus, von 300 Pflegerinnen und Hilfspflegerinnen 24. In Eglfing schied von den am 1. Januar 1909 vorhandenen Pflegern keiner aus; bei den Pflegerinnen betrug der Wechsel 49%. Im nächsten Jahre trat auch wieder Wechsel im männlichen Personal ein.

Wie der Berliner Bericht für 1909 hervorhebt, zieht es nervöse Personen besonders nach Krankenhäusern und namentlich nach Irrenanstalten, wo sie eine geregelte Tätigkeit und auch sonst durch die Orientierung in dem Fach, Vorteil für ihren Gesundheitszustand erhoffen. Im allgemeinen ist es leicht verständlich, daß das Personal aus Industriegegenden mehr zum Wechsel neigt als das aus ländlichen Verhältnissen stammende. Der Schwetzer Bericht von 1908 betont, daß es durch die allgemeine Rückwanderung aus den westlichen Bezirken, bei dem Darniederliegen der Industrie, leichter war wie sonst, geeignetes Personal zu gewinnen.

Um das Personal seßhafter zu machen, ist in vielen Anstalten das Gehalt wesentlich erhöht worden, den männlichen Pflegern wurde die Heirat nach einigen Dienstjahren gestattet, man hat meistens die Pensionsberechtigung eingeführt, außerdem werden Dienstprämien und Auszeichnungen verliehen, und man sucht den Dienst selbst durch Gewährung von Urlaub und anderen Erleichterungen angenehmer zu gestalten.

Illenau führte 1908 einen neuen Gehaltstarif ein. Das Anfangsgehalt eines etatsmäßigen Wärters wurde von 900 M. auf 1200 M. festgesetzt, also um 33,3% erhöht, das Höchstgehalt von 1300 auf 2100 M., d. h. um 62%. Dazu kommt noch Wohnungsgeldzuschuß von 250 bis 280 M. Für Beköstigung werden den Ledigen 360 M., den Verheirateten 270 M. wieder abgezogen. Die Wärterinnen erhalten $^3/_4$ des Gehaltes und Wohnungsgeldes eines etatsmäßigen Wärters. Eine Wärterin beginnt demnach mit 60 M. bei freier Wohnung und Beköstigung und kann bis 119 M. steigen. Die Zulagen treten jetzt alle zwei Jahre ein, während dies früher nur alle vier Jahre der Fall war.

In Schleswig trat am 1. April 1909 eine allgemeine Aufbesserung der Gehälter der Ärzte und Beamten mit Nachzahlung vom 1. April 1908 ab in Kraft, so daß die Gleichstellung mit den entsprechenden Stellen der Staatsverwaltung erreicht ist. In Lübeck beginnen die Pfleger mit 450 M. und steigen nach sieben Jahren bis zum Höchstgehalt von 900 M., die Pflegerinnen beginnen mit 350 M. und steigen in sechs Jahren bis auf 700 M.

In Pommern hat das Pflegepersonal keine Beamtenqualität und Pensionsansprüche, doch wird eine nach den für die Pensionierung der Provinzialbeamten gültigen Bestimmungen widerrufliche Unterstützung gewährt, so daß es sich besser steht als die gleiche Kategorie der Staatsbeamten. Außerdem wird den durch einen Dienstunfall dauernd Geschädigten oder herabgesetzt Erwerbsfähigen eine Fürsorge zuteil, welche dem Reichsgesetze vom 18. Juni 1901 entspricht.

Außerordentlich verschieden sind die Wohnungsverhältnisse der verheirateten Pfleger. In Osnabrück waren von 32 Wärtern 16 verheiratet, denen 13 Wärterwohnungen zur Verfügung standen. Der segensreiche Einfluß für das Personal und damit für die Anstalt kann nicht genug hervorgehoben werden.

Auch Lüneburg hat jetzt, nachdem am 1. Okt. 1908 zehn neugebaute Wärterhäuser in Benutzung genommen wurden und damit 26 Wärterfamilien je ein Haus mit Garten haben, stets genügend Angebote von männlichem Personal. Schleswig erbaute 1908/09 drei Wärterhäuser mit je drei Familienwohnungen. In Bayreuth waren 1909 von fünfzig Pflegern dreißig verheiratet, über die Wohnungsverhältnisse wird leider nicht berichtet. Hildesheim konnte den verheirateten Wärtern zu seinem großen Leidwesen keine Dienstwohnung gewähren. Einige Anstalten haben mit Erfolg den Versuch gemacht, den Wärterfamilien Kranke zur Familienpflege zu übergeben. Da häufig auch die Frau des Pflegers eine ehemalige Pflegerin ist, scheint damit von vornherein eine geeignete Behandlung der Kranken gesichert.

In Weilmünster waren 1908/09 von 94 Pflegern 36 verheiratet, diese erhalten — frühestens zwei Jahre nach dem Diensteintritt — eine Hausstandszulage von 200 M., welche nach drei Jahren auf 250 M. und nach weiteren drei Jahren auf 300 M. steigt.

Osnabrück konnte den verheirateten Wärtern 1909 13 Familienwohnungen zur Verfügung stellen. Die freie Verpflegung sollte mit 64 Pf. pro Tag vergütet werden. Da stellte sich heraus, daß die Wärter der Wunstorfer Pflegeanstalt, die sämtlich prinzipiell nicht in der Anstalt wohnen und verpflegt werden, 480 M. jährliche Entschädigung erhalten, so daß die Pfleger von Osnabrück nach der obigen Berechnung um 246 M. hinter jenen zurückblieben.

Zahlreich sind die Versuche, dem Personal das Leben in der Anstalt angenehmer zu gestalten. Viele Anstalten lassen das Personal in besonderen Eßzimmern die Mahlzeiten einnehmen, schmücken die Räume aus und geben Servietten. In der Regel wird in zwei Schichten gegessen. Für die Pflegerinnen werden Pflegerinnenheime eingerichtet, in denen sie ihre dienstfreie Zeit verbringen können, auch stehen ihnen dort Nähmaschinen für ihre Flickarbeit zur Verfügung. Möglichst ausgiebig wird für dienstfreie Nachmittage und Sonntage, auch Nachturlaub gesorgt. Ein begreiflicher Wunsch der verheirateten Pfleger ist es, alle Mahlzeiten und die Nächte zu Hause sein zu können, wenn auch dadurch die Diensteinteilung oft Schwierigkeiten bereitet. Aber auch dem unverheirateten Personal ist man bestrebt, eine ungestörte Nachtruhe zu verschaffen. Nach dem Göttinger Bericht „wird die Frage der sozialen und wirtschaftlichen Stellung des Irrenpflegepersonals erst dann gelöst sein, wenn es gelungen ist, in den Anstalten eine völlige Trennung des Tages- und des Nachtdienstes durchzuführen, so daß nachts der Dienst auf allen Abteilungen, nicht nur den Wachstationen, von einer ganz anderen Pflegergruppe übernommen wird, die dabei den größten Teil des Tages dienstfrei ist." Allerdings bedingt dies wohl wieder eine Vermehrung des Pflegepersonals. Daß das gemeinschaftliche Schlafen von Pflegepersonal und Kranken seine Bedenken hat, zeigt ein Vorfall in Göttingen, wo ein krimineller Kranker dem schlafenden Wärter den Schlüssel unter dem Kopfkissen entwendete und damit entkam. Allerdings war der Schlüssel nicht vorschriftsmäßig im Kopfkissenüberzug verwahrt worden. Die Forderung des getrennten Schlafens ist im Göttinger Bewahrungshaus durchgeführt und wird sehr angenehm empfunden. Der Wechsel der Nachtwachen findet meist alle ein bis drei Monate statt. Vielfach wird das Schottische System gelobt.

In Wiesloch bewährte sich die Dauerwache gut, sogar von der Führung der Kontrolluhr konnte Abstand genommen werden, die männlichen Pfleger nahmen fast alle zu, durchschnittlich 1,4 kg. Die Pflegerinnen nahmen im ersten Monat meist zu, um dann wieder zurückzugehen. Einzelnen anämischen Mädchen tat diese Zeit sehr gut.

Die neue Dienstordnung brachte in Baden die Einführung freier Dienstkleider für Oberwärter, Wärter, Torwarte, Kanzleidiener und Kutscher. Sie besteht in vollständiger Sommer- und Winterkleidung. Das weibliche Oberwart- und Wartpersonal erhält zur Beschaffung der Dienstkleidung eine Barvergütung von 30 M. jährlich. Auch das Personal der Wasch- und Kochküche soll eingekleidet werden. Zwiefalten hat die Dienstkleidung der Wärter durch Einführung kleidsamer Mützen, die der Wärterinnen durch weiße Häubchen vervollständigt.

Bei dieser Gelegenheit sei auch die generelle Gewährung weißer Mäntel an die Ärzte, wie es in allen anderen Krankenhäusern üblich ist, empfohlen. Wie oft wird die Kleidung beim Füttern und auf den unruhigen Abteilungen beschmutzt, ganz abgesehen davon, daß es böswillige Kranke manchmal geradezu darauf anlegen, die Anzüge zu zerreißen, die Uhrketten zu zerstören etc., Übelstände, die durch die leicht zu reinigenden und fest zuknöpfbaren Mäntel ohne weiteres beseitigt werden könnten.

In der Rheinprovinz erhalten die Pfleger nach der Probezeit einen silbernen Stern am Umlegekragen, die Wärterinnen das Häubchen. Schleswig-Holstein verleiht nach zweijähriger Dienstzeit den Wärterinnen die Dienstbrosche, welche nach einem weiteren Jahr in den Besitz der Trägerin übergeht. Es ist dies sicher ein geeignetes Mittel, außer den allgemein üblichen Prämien die betreffenden zu längerer Dienstzeit anzuregen. In der Schweiz verleiht nach zehnjährigem Dienst der Verein der schweizerischen Irrenärzte ein künstlerisch ausgeführtes Diplom als Anerkennungsurkunde für getreue Dienstleistung. In Brandenburg verlieh der Herr Landesdirektor einer zweiten Oberwärterin, ebenfalls für zehnjährige treue Dienste, die „goldene brandenburgische Dienstbrosche".

Die Ausbildung des ungelernten Personals besorgen die Anstalten fast alle selbst. Nur in Sachsen bestehen Pflegerschulen, die aber nicht immer den Bedarf zu decken vermögen.

Weilmünster hat, um den mäßigen Lerneifer anzuspornen, eine Schlußprüfung eingeführt. Conradstein hält die Errichtung von Pflegerschulen und das Abhalten von besonderen Prüfungen nicht für erforderlich. Allgemein wird die Beobachtung gemacht, daß im ersten Kursus wenig Interesse gezeigt wird, erst im zweiten, wenn das Personal sich mehr eingelebt hat, erzielt man bessere Resultate, weil dann auch die unsicheren Elemente schon wieder ausgetreten sind. In Weinsberg hielt ein Oberarzt einen Fortbildungskurs für die Abteilungswärterinnen mit sehr gutem Erfolge.

Merkwürdig bleibt die Tatsache, daß sich ausgebildetes Krankenpersonal nur schlecht in den Irrendienst schicken kann. Übrigens bestätigte mir dasselbe ein Kollege aus Australien bei einem Besuche

unserer Anstalt. Die Gründe hierfür scheinen nicht recht klar zu sein.

Einen bedauerlichen Mangel an Einsicht in seine Dienstpflicht zeigte ein junger Wärter in Emmendingen, der zwei Kranken die Flucht ermöglichte. Auch auf der Frauenseite kam ein ähnlicher Fall vor. Die Kranke wurde zurückgebracht und beschwatzte wieder eine Wärterin; nur an der Wachsamkeit der Hauswärterin scheiterte die zweite Flucht. Da der männliche Kranke ein Krimineller war, erhielt der betreffende Wärter drei Monate Gefängnis, die Wärterin konnte — leider — nicht bestraft werden, da die Kranke nicht auf Anordnung einer Behörde in die Anstalt gekommen war. Auch auf dem Eichberg entfernte sich ein Pfleger eigenmächtig und nahm einen polizeilich internierten, gemeingefährlichen Kranken mit. Er erhielt wegen Gefangenenbefreiung einen Monat Gefängnis.

Einen Pflegerstreik hatte Buch 1908 zu verzeichnen; von 23 Pflegern streikten 17, „um sich besseres Essen zu erzwingen", 13 verharrten dabei und mußten entlassen werden. Und gerade dort war ein Arbeiterausschuß seit mehreren Jahren eingerichtet, allerdings wurde ihm ein besonderes Interesse von seiten des Personals nicht entgegengebracht.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Zellenfrage.

In Nr. 32 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift findet sich in dem nach Anstaltsberichten von Herrn Dr. G. Werner in Bedburg verfaßten Artikel „Über die Fortschritte des Irrenwesens" folgender Absatz:

> Sehr häufig wird schließlich mit Stolz die Vereinigung mehrerer kleiner Räume und Zellen zu einem größeren Raume erwähnt, doch sei auch der Bericht Osnabrücks zitiert, der mit dieser Umwandlung in größere Säle nicht recht einverstanden ist: „Ich muß gestehen, daß diese meist hallenartigen Säle auf mich immer einen trostlosen, unbehaglichen Eindruck gemacht haben. Wahrscheinlich gehe ich auch in der Vermutung nicht fehl, daß die meisten Irrenärzte, falls sie selbst eine Nacht in einer Anstalt zubringen müßten, eine selbst etwas antik gebliebene Zelle dem Aufenthalte in einem modernen Wachsaale entschieden vorziehen würden."

Aus der Art, wie das Zitat aus meinem Jahresberichte hier gebracht wird, könnte leicht der Schluß gezogen werden, ich wollte die glücklich überwundene frühere Zellenwirtschaft der Wachsaalbehandlung gegenüber empfehlen. Das ist selbstverständlich ganz und gar nicht der Fall, und der Gedanke wird auch, glaube ich, Keinem kommen, der den betreffenden Passus in dem Berichte selbst liest. An der hiesigen verhältnismäßig kleinen Anstalt sind seit vielen Jahren dauernd 4 Wachabteilungen mit ständiger Tag- und Nachtwache in Betrieb, und diese Wachabteilungen habe ich alle selbst eingeführt und eingerichtet (die ersten noch als Oberarzt Anfang der 90er Jahre). In meinem Berichte erwähnte ich gelegentlich einer baulichen Veränderung, wie diese zuerst eingerichteten Wachabteilungen durch ihre geringe Größe und die glückliche Angliederung der Nebenräume recht brauchbar und angenehm wären, während die großen Wachsäle in vielen neueren Anstalten recht ungemütlich wirkten. Dann folgt der oben zitierte Satz, der diese Ungemütlichkeit etwas drastisch betonen soll. Ich erinnere mich aus der hiesigen und aus anderen Anstalten der trüben Erfahrungen mit der früheren „Zellenbehandlung" noch zu gut, um ihre Zeit zurückzuwünschen. Allerdings gehe ich nicht so weit, eine Isolierung unter allen Umständen prinzipiell zu vermeiden und möchte daher nicht grundsätzlich alle Zellen beseitigt haben. Doch habe ich durchaus nichts dagegen, wenn mehrere kleinere Räume und Zellen zu einem großen Raume vereinigt werden. Im Gegenteil, ich habe dies selbst gerade noch diesen Sommer für die hiesige Anstalt in ernste Erwägung gezogen. — Im allgemeinen habe ich die Empfindung, daß bei vielen an sich sehr wertvollen und segensreichen Neuerungen in der praktischen Psychiatrie häufig etwas heftig übertrieben und etwas reichlich renommiert wird. Wenn man das aus den Bemerkungen meines Jahresberichts nebenbei herausliest, so habe ich nichts dagegen.

Sanitätsrat Dr. Schneider,
Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück.

Mitteilungen.

— **Zur Frage der Sauerstoffanwendung.** Einen äußerst interessanten und wichtigen Fingerzeig, einem pharmakologischen Experimente an Wert überlegen, für die Bedeutung des Sauerstoffs bei der Entstehung und Beseitigung psychischer Störungen, gibt der folgende Passus aus dem Aufsatz: „Physiologische und pathologische Wirkungen des Höhenklimas bei Hochfahrten im Freiballon". Von Dr. Flemming, Stabsarzt an der Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin. Deutsche med. Wochenschrift, 9. November 1911, pag. 2071.

Dr. Flemming sagt: „Obwohl daher eine Hochfahrt in ganz ausnehmender Weise den Untersucher in den Stand setzt, den Einfluß des Höhenklimas zu studieren, treten doch mit Zunahme der Höhe bald Erscheinungen auf, die jegliche Arbeit in Frage stellen und unmöglich machen können. Diese Tatsache ist meines Erachtens auch der Grund, weshalb bisher trotz mancher Hochfahrten so wenig ärztliche Beobachtungen aus großen Höhen vorliegen. Sie wurden eben nicht fixiert infolge einer Veränderung der Psyche, die bei allen Hochfahrten zeitlich und graduell im Vordergrunde der Erscheinungen steht. Ihre Intensität jedoch fällt nur dem auf, der gelernt hat seinen Geist selbst rege und wach zu erhalten. Sonst tritt unweigerlich ein solches Einschlafen aller geistigen Fähigkeiten auch bei dem Beobachter ein, daß die psychischen Veränderungen des Mitfahrenden gar nicht wahrgenommen werden.

Ganz allmählich, ohne Vorboten, ohne jedes körperliche Unbehagen beginnt jedes Interesse zu erlahmen, stumpfsinnig und apathisch sitzt oder steht man stierend im Korbe, ohne Lust, die wechselnden Erden- oder Wolkenbilder zu verfolgen, ohne überhaupt Anstalten zu treffen, die Beobachtungen oder Untersuchungen auszuführen, derentwegen man häufig nur die Fahrt unternommen hat. Obwohl man z. B. genau erkennt, daß das Frostgefühl im Schatten des Korbes durch Umhängen des Mantels leicht zu beseitigen wäre, friert man ruhig weiter. Am 25. Mai hatte unser jüngster Mitfahrer, sonst ein rühriger, unternehmungslustiger und zielbewußter Herr, wie ich kaum einen zweiten kenne, acht Kaninchen zu Experimenten in großen Höhen mitgenommen. Stark, wie er sich fühlte, wollte er solange als möglich ohne Sauerstoff auskommen und begann daher erst bei 5000 m mit der künstlichen Atmung, als bereits eine erhebliche Zyanose vorhanden war. Nicht ein Kaninchen rührte er spontan an, und das zugereichte behielt er im Arm, ohne das beabsichtigte Experiment auszuführen. Bei einem anderen Mitfahrer, der die Orientierung auf der Karte übernommen hatte und der erst kürzlich für das bestgeführte Bordbuch ausgezeichnet ist, äußerte sich wieder diese Lähmung jeglicher Energie darin, daß er außerstande war, die Fahrtrichtung zu verfolgen. Ein solches abnehmendes Interesse für die Orientierung kann man oft schon bei Normalfahrten nach einer Dauer von vielen Stunden finden, trotzdem im Beginn der Fahrt die Karte mit Eifer studiert wurde. Auch hier beginnt sich meines Erachtens schon die wesensgleiche Apathie wie bei Hochfahrten zu zeigen. Sie geht nicht plötzlich vor sich, sondern ganz allmählich. Von Erstickungsgefühl, Atemnot oder Lufthunger kann nicht die Rede sein. Woher diese Erschlaffung jeder geistigen Tätigkeit aber kommt und wie sie am wirksamsten zu beheben ist, empfindet man sofort, nachdem man einige Atemzüge aus der Sauerstoffflasche getan hat. Der Sauerstoff ist ein direkter Genuß in solcher Situation, ähnlich dem Trunk von Wasser nach einer ermüdenden langen Wanderung. Schon ein bis zwei Atemzüge genügen, um mit Frische die beabsichtigten Untersuchungen wieder ausführen zu können. Allerdings dürfen diese Erscheinungen noch nicht zu lange bestanden haben oder zu weit vorgeschritten sein, sonst stellt auch nachträgliche reichliche Sauerstoffzufuhr nicht wieder die normale Geistestätigkeit her, wie bei den erwähnten Herren zu konstatieren war. Es gleichen diese psychischen Veränderungen bei sonst willensstarken Personen völlig dem Krankheitsbilde, das wir auf der Erde bei anämischen Personen, namentlich Mädchen und jungen Frauen, beobachten können. Beide Symptomenkomplexe werden letzthin auch dieselbe Ursache haben, die in der mangelhaften Ernährung der Großhirnrinde durch den Sauerstoff zu suchen ist. Fehlen bei der Anämie hinreichende Vehikel, um den zwar reichlich vorhandenen Sauerstoff zum Zentralnervensystem zu bringen, ist es in der verdünnten Luft der mangelnde Sauerstoff selbst, der verhindert, daß sich die roten Blutkörperchen mit Sauerstoff genügend beladen und so dem Gewebe die nötigen Nahrungsstoffe zuführen.

Die somatischen Veränderungen des Höhenklimas zeigen sich dem Auge des Beobachters an durch eine mehr oder weniger hochgradige Zyanose der Haut, der Schleimhäute des Gesichts und der Hände, die nach meinen Erfahrungen bei schnellem Aufstieg bereits immer schon in Höhen von 4000 bis 5000 m an fast allen Personen zu konstatieren war."

Gerade die geschilderten psychischen Symptome, die Interesselosigkeit, der Mangel an Initiative, der Sinn für die Orientierung, das verminderte Orientierungsbedürfnis, die Apathie, die Herabsetzung der normalen Empfindlichkeit gegen Kältewirkung auf die Haut, die Lähmung jeglicher Energie, zusammen mit der Zyanose der Haut, der Schleimhäute, der Hände bilden einen im Beginn und im Verlauf von Psychosen so überaus häufigen Symptomenkomplex, daß sich die Auffassung, es handle sich auch hierbei um Sauerstoffmangel im Gehirn, und die Notwendigkeit einer künstlichen Sauerstoffzufuhr förmlich aufdrängt.

Therapeutisches.

Aspirin bei Psychosen.

Es dürfte weniger bekannt sein, daß Aspirin bei verschiedenen psychotischen Zuständen recht in die

Augen springende Dienste leistet. Insbesondere beobachtet man bei Psychosen, die unter dem Bilde der akuten halluzinatorischen Verworrenheit mit starkem Bewegungs- und Rededrang einhergehen, oft mit ziemlicher Promptheit auf 1,0 Aspirin einen mehrstündigen Schlaf mit Schweißausbruch und nachfolgend relative Klarheit und Nachlaß der Erregung. Aber auch bei Verworrenheit mit dem vorwiegenden Charakter der Angst und Ratlosigkeit, Personenverkennen, feindlicher Perzeption der Umgebung, Sinnestäuschungen und motorischen Impulsen neben stuporösem Verhalten beobachtet man oft dieselbe günstige Wirkung, die im Gegensatz zu den Narkotizis eine gegen die Ursache des Leidens gerichtete zu sein scheint, und bei der auch die mißlichen postnarkotischen Beschwerden fehlen. Die Wirkung ist oft so prompt, wie man sie nach Aspirin beirheumatischen Leiden und speziell rheumatischen Neuralgien nicht schöner sieht, und läßt an eine rheumatische Entstehung mancher Psychosen denken bezw. an eine rheumatische Erkrankung der Hirnrinde und des Marklagers im Gehirn, wie es ja auch eine rheumatische Chorea gibt.

— s —.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Tapiau.** Der prakt. Arzt Dr. Leo Nieszytka aus Bladiau, Kreis Heiligenbeil, ist vom 27. September d. Js. ab als Anstaltsarzt angestellt.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg** bei Hamburg. Dr. med. et phil. Paul Joseph Franz Trögele ist heute als Assistenzarzt hier eingetreten.

Der Dr. **Theinhardt's Nährmittelgesellschaft** m. b. H. Stuttgart-Cannstatt wurde für ihre beiden weltbekannten Nährpräparate „Infantina für Säuglinge" und „Hygiama für ältere Kinder und Erwachsene" auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 die goldene Medaille verliehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Dr. Rich. Fischer's Kurhaus
Neckargemünd

Gesucht wird zum 1. Januar 1912 gebildete, in der Irrenpflege durchaus erfahrene Dame, nicht über 30 Jahre, als

Oberin.

Meldungen mit Zeugnisabschriften, Photographie und Gehaltsansprüchen an den leitenden Arzt **Dr. Hoppe.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 37. 9. Dezember **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber. Von Dr. M. Autengruber, Mauer-Öhling (Niederösterreich). (S. 371). — Noch einmal „Zur Abwehr der Presse-Angriffe". Von Oberarzt Dr. Bernh. Beyer, Bayreuth-Herzogshöhe. (S. 375). — Referate (S. 377). — Personalnachrichten (S. 377). Anstaltstechnisches (S. 378): Das Original Reichenberger Rutschtuch. — Therapeutisches (S. 378): Lecin.

Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber.*)

Von Dr. *M. Autengruber*, Mauer-Öhling (Niederösterreich).

Meine Herren!

Als praktischer Arzt habe ich die Erfahrung machen müssen, daß dem Arzte von seiten des Publikums nicht mit dem Vertrauen begegnet wird, das er naturgemäß verdient, ja, daß in Versammlungen und Zeitungen, selbst in Vertretungskörpern, z. B. das Kurpfuschertum verteidigt und so ein großer Teil der Bevölkerung in unverantwortlicher Weise im alten Vorurteile, das ist im Irrtume, bestärkt und so vielfach auch in seinen materiellen speziell gesundheitlichen Verhältnissen geschädigt wurde. Bezüglich der praktischen Ärzte hat sich diesbezüglich gewiß vieles zum Besseren gewendet, wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß auch gegen den praktischen Arzt noch vielfach Äußerungen des Mißtrauens laut werden, insbesondere dann, wenn die Hilfe desselben nicht dringend benötigt wird.

Kein Spezialfach der Medizin begegnet aber größerem Mißtrauen als die Psychiatrie, in der Öffentlichkeit sowohl als bei den Behörden, und in diesem Spezialfache trifft das Vorurteil wieder am meisten die Anstalten für Geisteskranke und insbesondere die Anstaltsärzte.

Bei der Lektüre mancher Zeitungsberichte über tadelnswerte Vorkommnisse in irgendeiner Irrenanstalt, die für das Sensationsbedürfnis des Lesepublikums so einer Zeitung in jeder Weise zurechtgerichtet worden sind, überkommt unsereinen wohl manchmal das Gefühl, daß man als Anstaltsarzt zum Abschaum der Menschheit gehört, — vorausgesetzt wäre, daß der Zeitungsschreiber ein Mann der Wahrheit und seine Profitsucht durch ein, wenn auch geringes Maß von Gerechtigkeitsgefühl eingedämmt wäre.

Ein Mann, der gerade Wege geht, fürchtet nicht das Gefängnis, sondern begrüßt es als notwendige wohltätige Einrichtung. Der psychisch Gesunde mit lauterem Charakter hat keine Klage gegen die moderne Anstalt für Geisteskranke und der einsichtige Kranke bezw. der von der Krankheit Genesene ist voll des Lobes und Dankes über die Einrichtung und Behandlung in einer modernen Anstalt, und wenn er irgendwelche Mängel anzugeben hat, so sind es gewiß solche, die wir Anstaltsärzte gern behoben hätten, wenn uns die nötigen Mittel zu Gebote ständen. Die Unzufriedenen sind — abgesehen von den infolge ihrer Krankheit urteilsunfähigen Kranken — die Imbezillen, in specie die moralisch Minderwertigen innerhalb und außerhalb der Anstalt, die die Anstalt geradeso als sicherheitspolizeiliche Haft empfinden und fürchten, wie die Gefängnisse.

Wenn Sie sich, meine Herren, der Mühe unterziehen und derjenigen Presse, welche in sensationslüsterner Weise gegen die Anstaltsärzte und Anstalten für Geisteskranke loszieht, einige Aufmerksamkeit schenken, so werden Sie finden, daß gerade diese Presse auch mit den Untersuchungs- und Strafrichtern bezw. mit der Strafrechtspflege sich nicht abzufinden vermag.

Ich vermeide es, aus diesem Kapitel weitere Folgerungen auf die Erzeuger dieser gewissen Sensationspresse zu ziehen, ich will nur daraus ableiten, daß wir gegen diese Presse durch regelmäßige Berichtigungen, wie ein Vorschlag zur Besserung dieser Verhältnisse lautet, nicht mit Erfolg kämpfen können.

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 6. Oktober 1911.

Ja es käme eine derartige Arbeit einer Mitarbeit an dieser Sudelpresse gleich, weil sie an Berichtigungen wieder ihre Kritik anhängen könnte, da ja den Anstaltsärzten der amtliche Charakter mangelt und im Sinne des Preßgesetzes nur amtliche, behördliche Berichtigungen nicht in der gleichen Nummer, in der sie erscheinen, kritisiert werden dürfen.

Das Vorurteil — ich will nicht auch sagen das Mißtrauen — gegen Irrenanstalten und die Anstaltsärzte ist bei der ungebildeten Masse, die ihre wissenschaftliche Fortbildung ausschließlich von der Frau Nachbarin oder aus irgendeinem minderwertigen Presseerzeugnisse erhält, erklärlich. Ist es ja noch nicht gar so lange her, daß den Anstalten für Geisteskranke das Gefängnisartige, die Zwangsmaßregeln genommen sind, daß sie nach dem brennenden Wunsche der Anstaltsärzte immer vollkommener umgemodelt wurden und umgewandelt werden sollen in Krankenanstalten, wenn auch von der Allgemeinheit für diese humanitäre Pflicht finanzielle Opfer gebracht werden müssen.

Im Volke lebt noch die Erinnerung an die Zeit, da in den Tollhäusern und Narrenhäusern nur gemeingefährliche „Narren" eingesperrt, mit Schlägen und Zwangsmitteln jeglicher Art behandelt wurden, da das „Narrenhaus" ein sicherheitspolizeilicher Apparat war, vielfach ohne psychiatrische Leitung, wie sie heute unbedingt verlangt wird. Eine pflichtvergessene Presse erzählt ihren Lesern lieber von einem Verbrechen in allen Details, von allen Mängeln in der Ausführung einer solchen Tat, die zur Eruierung der Täter führten, und ähnliches, als daß sie aufklärend und belehrend berichten würde über die wichtigen Fortschritte in der menschlichen Kultur, wozu gewiß auch die Fortschritte in der Fürsorge für Geisteskranke zu rechnen sind.

Das Vorurteil der Menge finden wir somit erklärlich, aber unverzeihlich ist es, wenn Leute, die sich zu den Gebildeten rechnen, den Begriff Geisteskrankheit noch nicht erfaßt haben, kein Verständnis haben dafür, daß Geisteskranke, ebenso wie andere Kranke, bemitleidenswerte Mitmenschen sind, und daß gerade sie unserer besonderen Fürsorge bedürfen.

Wir Anstaltsärzte haben unter dem Vorurteil und Mißtrauen der Bevölkerung mannigfach zu leiden, und der Verkehr mit Angehörigen von Geisteskranken, die diesen Bevölkerungskreisen angehören, verlangt vom Anstaltsarzte oft eine außerordentliche Geduld und einen hohen Grad von Selbstbeherrschung. Abgesehen von den zeitraubenden Unterredungen mit derartigen uneinsichtigen Leuten, muß sich der Arzt oft die schwersten Beschuldigungen gefallen lassen, ohne darauf reagieren zu können, weil er doch zumeist ohne Zeugen über den Geisteskranken Auskunft gibt.

Ein Wiener Tramwaykondukteur gilt als Amtsperson und wird auch von der Bevölkerung als solche respektiert, wenigstens insoweit, als sie mit Beleidigungen ihm gegenüber zurückhält. Der Arzt in einer Anstalt für Geisteskranke hingegen hat kein Rechtsmittel sich Genugtuung zu verschaffen, wenn zum Beispiel, wie es vorgekommen, ein Familienmitglied einer aus sicherheitspolizeilichen Gründen eingewiesenen Kranken mit Vorwürfen kommt, wie: „Wenn wir für die B. nicht zahlen müßten, ja dann würde sie schon entlassen, aber so . . . ."

Ich will Sie nicht ermüden, m. H., mit der Aufzählung derartiger Vorfälle, die ja jeder von uns schon in irgendeiner Form erlebt. Solche Vorfälle werden nicht registriert, der davon betroffene Arzt muß sich damit zufrieden geben, mit größerem oder geringerem Unmut je nach Charakteranlage und Stimmung seinen Berufsgenossen davon zu berichten.

Sicher ist, daß das im Volke noch erhaltene Vorurteil und Mißtrauen gegen die Anstalten für Geisteskranke und gegen die Ärzte nicht verdient, gehegt und genährt zu werden, da es der Öffentlichkeit keine Vorteile bringt, und die armen Kranken von der Krankheit zu erlösen oder deren Lage zu verbessern nicht geeignet ist, ja dieselben unter Umständen schwer schädigen kann, zumal wenn die Überführung eines akut Erkrankten in die zweckdienliche Behandlung unter dem Zwange des Vorurteils oder Mißtrauens verzögert oder gar verhindert wird.

Welch schwere Schäden für die Angehörigen aus der Hetze gegen Anstalten für Geisteskranke und Anstaltsärzte erwachsen können, beweist neuerdings ein von Prof. Dr. Liepmann, Arzt an der städt. Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin, im „Berliner Lokalanzeiger" vom 2. September 1911 veröffentlichter Fall.

Sie haben ja, m. H., davon Kenntnis genommen aus der Nr. 24 dieses Jahrganges der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift". Trotzdem kann ich mir es nicht versagen, den Brief der unglücklichen Frau, die ihren gemütskranken Mann über Anraten des Armenarztes und mit seiner eigenen vollen Zustimmung in die Irrenanstalt Dalldorf gebracht hat, an den Anstaltsarzt hier vorzulesen, wie ihn die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" zum Abdruck brachte. Er lautet:

„Sehr geehrter Herr Professor! Bitte entlassen Sie, wenn es irgend möglich ist, noch heute meinen Mann aus der Irrenanstalt, da es mir nicht mehr

möglich ist, meine Wohnung zu verlassen, da die Mieter in dem Hause, wo ich wohne, mich alle schlagen wollen, weil ich meinen Mann dort habe hingehen lassen."

Ich mache aufmerksam, es heißt im Briefe ausdrücklich, habe dort hingehen lassen.

„Also bitte ich nochmals, mir meinen Mann so schnell wie möglich nach Hause zu schicken, sonst bin ich gezwungen, mir das Leben zu nehmen, da ich keinen Schutz habe gegen diese Menschen. Selbst der Herr Verwalter kann nichts machen dagegen.

Hochachtungsvoll Frau . . . . . ."

„Der Brief wurde jedoch nicht rechtzeitig abgesandt und kam leider erst nach ihrem (der Frau) Tode in die Hände des betreffenden Oberarztes" heißt es im Berichte, die Frau hat sich erhängt. — Haben wir auch, Gott sei Dank! nicht alle so krasse Beispiele von den Folgen der gewissenlosen Fälschung der öffentlichen Meinung gegen die Anstalten und Anstaltsärzte miterlebt, so wissen wir doch alle, daß die Angehörigen Geisteskranker oft viel zu erdulden haben, weil sie ihre Pflegebefohlenen der Anstalt und deren Ärzten anvertrauen.

Vor nicht ganz zwei Jahren kam eine Frau vom Besuch ihres kranken Mannes auf der Abteilung ins Ärztezimmer und klagte mir unter Tränen, sie könne doch ihren Mann in dem Zustand, wie sie ihn gesehen, nicht nach Hause nehmen. Ich fragte erstaunt, wie sie zu dieser sonderbaren Idee komme, den unruhigen Kranken aus der Anstalt zu nehmen, worauf sie mir mitteilte, daß die Verwandtschaft des Mannes und ihre Nachbarschaft gegen sie hetze und ihr Vorwürfe mache, weil sie ihren Mann nicht zu Hause behalte. Die gute Frau ließ sich trösten und ließ den Unverstand über ihr einwandfreies und im Interesse des Kranken einzig richtiges Vorgehen sich austoben. Erschwert das Mißtrauen des Publikums gegen die Anstalt für Geisteskranke den hilfsbedürftigen Kranken vielfach die Aufnahme und verzögert dieselbe, so erschwert sie andererseits den Genesenen die Entlassung bezw. das Fortkommen nach der Entlassung aus der Anstalt.

Die historische Entwicklung des Anstaltswesens im Verein mit der Hetze gegen die Anstalten bringt es mit sich, daß der aus der Anstalt Entlassene oft nicht viel besser behandelt wird als ein aus dem Arrest entlassener Verbrecher, es besteht daher die Notwendigkeit, für die entlassenen Geisteskranken, analog wie für entlassene Häftlinge, Fürsorgevereine ins Leben zu rufen.

Seit Pinels großer Tat arbeiten die Anstaltsärzte beständig an der Umwandlung der Gefängnisse für „Tolle" und „Narren" in Anstalten für Kranke. Dank dem Entgegenkommen der Landesverwaltungen, welche die Mittel zu bewilligen haben, sind überall Fortschritte in herzerfreuender Weise zu verzeichnen. In der neuangelegten Anstalt, ausgestattet mit den notwendigen Behelfen einer Krankenanstalt zur Behandlung von Geisteskranken, vermag sich nicht mehr die Vorstellung an die alten Anstalten aufzudrängen, die noch allzu sehr dem von der „öffentlichen Ordnung" verlangten Zwecke der Absperrung des Geisteskranken von der Außenwelt dienten.

Die Mitmenschen, die das Unglück haben geisteskrank zu werden, und deren Angehörige brauchen keine Scheu mehr zu haben vor den Anstalten, die Kranken finden dort die liebevollste Aufnahme und die liebevollste Behandlung und Pflege, sie werden gewiß nicht einen Tag länger der Freiheit entzogen, als es ihr Krankheitszustand und ihr eigenstes Interesse erfordert. Und wenn in einer Anstalt einmal — und warum sollte das gerade in einem so schwierigen Betriebe nicht auch möglich sein — eine Pflichtverletzung vorkommt, so sind es gewiß die Anstaltsärzte, die so ein Ereignis am meisten beklagen und die immer wieder bestrebt sind, Vorkehrungen zu treffen, daß Dienstbetrieb und Behandlung der Kranken selbst das gehässigste Urteil der Öffentlichkeit nicht zu scheuen braucht.

Daß die Wahrheit über den heutigen Stand der Behandlung von Geisteskranken in den Anstalten in die Öffentlichkeit dringe, das ist der sehnlichste Wunsch der Anstaltsärzte, und es wird auch eine der Aufgaben des psychiatrischen Verbandes sein, Mittel und Wege zu finden, um diesem Ziele nahe zu kommen.

Es wurden Vorschläge genug gemacht, wie die Öffentlichkeit in zweckmäßiger Weise aufzuklären wäre, so wurde vor mehreren Jahren schon darauf hingewiesen, daß wir uns als wirksamstes Mittel die Mithilfe der anständigen Presse sichern sollen. Solange wir nicht geeint waren, war dies ein schönes Problem, jetzt ergibt sich die Möglichkeit der Durchführung. Die anständige Presse hat in ihrem Programme die Aufklärung des Volkes, dies wünschen wir auch in punkto Fürsorge für die Geisteskranken, und ich bin überzeugt, daß Veröffentlichungen des psychiatrischen Verbandes oder im Namen des psychiatrischen Verbandes, wenn sie entsprechend verfaßt, immer leichte Aufnahme in die anständige Presse finden.

Die Pädagogen, mit denen in einem sehr wichtigen Gebiete gerade die Psychiater viele Berührungspunkte haben, sind eifrig bestrebt, der Jugend alles

Wissenswerte beizubringen, was das Wohl des Menschen zu fördern imstande ist. Warum sollte in einer späteren Auflage des Volksschullesebuches in einem Aufsatze über Krankenanstalten der Anstalt oder dem Spitale für Geisteskranke nicht auch ein aufklärender Absatz gewidmet sein?

Übrigens, m. H., vertraue ich auf die Zukunft. Das Gute bricht sich Bahn. Vor wenigen Dezennien hatte das Volk noch eine große Angst vor dem Spitale überhaupt, insbesondere vor dem Gebärhause und der chirurgischen Abteilung. Wie hat sich doch alles geändert! Der Operateur bezw. Chirurg, einst der gefürchtetste unter den Ärzten, ist heute sozusagen der Liebling des Publikums geworden, obwohl er ohne Urteil des Gerichtes und ohne Auftrag der politischen Behörde erster Instanz oft wochenlang dauernde Freiheitsbeschränkungen vornimmt, und es gehört geradezu zum guten Ton, wenigstens seinen „Blinddarm“ bezw. Wurmfortsatz seiner Fürsorge anvertraut zu haben.

Daraus will ich nicht folgern, daß es dem Psychiater jemals gelingen wird, Liebling des Volkes zu werden, aber die Scheu wird schwinden, mit der das Volk ihn jetzt betrachtet, wie ein Kind den Gendarmen.

Am ehesten wird m. E. die Aufklärung am Lande über Irrenfürsorge überhaupt wie auch über Anstaltswesen im besonderen gefördert werden, wenn die in den Resolutionsanträgen Punkt 2 der Versammlung von Anstaltsärzten hier in Linz im April des Vorjahres geforderte Fürsorge-Organisation zur Durchführung gelangt sein wird.

Ob die gedachte Fürsorge-Organisation in absehbarer Zeit greifbare Formen annehmen wird, erlaube ich mir in lebhaften Zweifel zu ziehen, wenn wir darauf warten, bis in einem Irrenfürsorgegesetz darauf entsprechend Rücksicht genommen wird.

Wenn wir Anstaltsärzte unseren Pflegebefohlenen in- und außerhalb der Anstalt die Wohltaten einer Institution, wie sie in der genannten Fürsorge-Organisation geplant ist, in nicht allzu fernen Tagen genießen lassen wollen, werden wir wohl den Weg gehen müssen, den unsere Vorgänger gegangen sind, denen allein das Verdienst zuzuschreiben ist, uns aus Gefängnissen und Zwangsanstalten Krankenanstalten geschaffen zu haben. Hat Pinel ein Gesetz abgewartet, ehe er seinen Pflegebefohlenen die Fesseln abnehmen ließ? Nein! — Als er mit seinen Plänen hervortrat, warnte ihn die Behörde, der Justizminister Danton: „Bürger, du bist mir verantwortlich, wenn du diesen Bestien die Ketten lösen willst!“ Pinel hat die Verantwortung auf sich genommen und nach ihm alle die Anstaltsärzte, die die Umwandlung der Narrenhäuser und Irrenanstalten in Krankenanstalten gefördert haben. Es läßt sich eben auch Gutes schaffen, ohne daß uns ein Gesetz hierzu veranlaßt oder zwingt, wir müssen immer noch dankbar sein, wenn ein Gesetz nicht hinderlich ist, richtig erkannte Wege zu gehen.

Ich denke mir die Vorarbeit zur Lösung der Fürsorge-Organisation folgendermaßen: Es wären möglichst in jeder Pfarre oder Ortsgemeinde Männer von tadellosem Rufe zu werben, die sich verpflichten würden, als Vertrauensmänner der Anstalt, in deren Aufnahmsbezirke sie wohnen, zu fungieren. Diese Vertrauensmänner, mindestens zwei oder drei, die zusammenarbeiten in jeder Gemeinde, hätten die Anstalt in allen fürsorglichen Angelegenheiten zunächst für die in der Anstalt befindlichen Kranken in allen jenen Fällen zu unterstützen, wo der behördliche Apparat bis heute noch gar nicht oder zu unvollständig funktioniert. So z. B. wäre es oft außerordentlich wichtig, von einem neuaufgenommenen Kranken aus den verschiedensten Gründen dringend genauere anamnestische Daten zu erhalten, die Angaben des Kranken bezw. des als krank Eingebrachten und die Angaben der Antragsteller für die Einbringung zu kontrollieren, Nachrichten zu erlangen, die dem Neuaufgenommenen, der unvermutet seinem Heim entrissen wurde, manche Sorge nehmen können und so vielerlei andere Dinge.

Bei in Aussicht genommenen vorzeitigen Entlassungen könnten der Anstaltsleitung wieder wissenswerte Auskünfte über Familien- und Vermögensverhältnisse, über die Verhältnisse zur Nachbarschaft und dergleichen in verläßlicher Weise übermittelt werden, die Vertrauensmänner könnten vielleicht sich der Mühe unterziehen, einen passenden Arbeitsplatz für den zu Entlassenden zu finden oder wenigstens über die Aussichten hierzu der Anstalt zu berichten, Nachricht über die Unterstützungsbedürftigkeit der Familie und des Entlassenen selbst geben, damit eine gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Unterstützungsgelder erfolge usw.

Die Stelle als Vertrauensmann der Anstalt wäre eine Ehrenstelle, sie könnte mit einem entsprechenden Titel verbunden sein und besondere Verdienste könnten durch Anerkennung von seiten der autonomen Landesverwaltung oder durch die politische Behörde belohnt werden, sei es durch Diplome, Verdienstmedaillen oder dergleichen.

Die geringen Barauslagen müßten wohl die Gemeinden einstweilen freiwillig auf sich nehmen. Für die Korrespondenz könnte Portofreiheit erlangt werden.

Sollte es nicht möglich sein, einen Vertrauensmann zu gewinnen, wäre es wohl auch heute schon ohne Gesetzesverletzung möglich, daß die Anstaltsleitung vom zuständigen Gendarmerieposten auf gestellte Fragen Auskunft erhielte. Dazu wäre m. E. nur notwendig, daß die Bezirkshauptmannschaft über Ansuchen der Anstaltsleitung die Gendarmerieposten beauftragt, dort von der Anstalt einlangende Fragen nach Erhebung zu beantworten.

Eine derartige Einrichtung, die vorbildlich sein könnte für eine spätere gesetzliche Regelung der Fürsorge am Lande und zumal, wenn damit auch die Überwachung der in häuslicher Pflege befindlichen Geisteskranken verbunden wäre, würde viel eher geeignet sein, ungerechtfertigte Einweisungen und länger dauernde Anhaltungen in der Anstalt zu verhindern, als die in den Gesetzesvorlagen vorgesehenen Präventivmaßregeln. Entlassungen könnten vielfach frühzeitiger erfolgen und infolge entsprechender Vorsorge durch den Vertrauensmann vielleicht auch Rezidive verhindert werden.

(Fortsetzung folgt.)

Noch einmal „Zur Abwehr der Presse-Angriffe".

Von Oberarzt Dr. *Bernh. Beyer*, Bayreuth-Herzoghöhe.

Wie ich aus den Ausführungen des Herrn Prof. Friedländer, der sich, wie ich weiß, schon früher in Behandlung dieser wichtigen Standesfrage, die zwischen uns zur Debatte steht, große Verdienste erworben hat, ersehe, konnten meine Vorschläge mißverstanden werden. Sie sollten absolut nicht „gerade das enthalten", was seinerzeit auf seine Anregung hin „im Schoße des Vereins der deutschen Psychiater beschlossen wurde". Ich bin vielmehr nur auf dem Wege, den vor mir schon Lomer eingeschlagen hat, weiter vorgeschritten.

Deshalb habe ich also nicht eine Kommission vorschlagen wollen, deren Aufgabe darin besteht, über die betr. Fälle ein Urteil abzugeben, eventuell, wie Herr Prof. Friedländer sich ausdrückt, zu einem „Freispruche" zu kommen und dies durch die Presse dem Publikum mitzuteilen. Dies würde absolut zwecklos sein, auch keine Neuheit bedeuten; denn dasselbe ist ja von den vorgesetzten Behörden der öffentlichen Anstalten in jedem Falle schon geschehen, aber oft nur mit dem Erfolge, daß nunmehr die Behörden der Vertuschung beschuldigt wurden. Ebenso würde es einer derartigen Kommission ergehen.

Daß ich mir die Aufgaben ganz anders gedacht habe, geht deutlich aus folgenden Worten hervor: „Diese Kommission darf sich natürlich nicht damit begnügen, den betr. Zeitungen einfach eine Notiz zukommen zu lassen: daß die Veröffentlichungen falsch seien und daß es sich doch um einen sehr schwer geisteskranken Menschen handle; damit wird nach meinen Erfahrungen nichts erreicht, und darauf sind wohl auch die bisherigen Mißerfolge größtenteils zu schieben" etc.

Nicht die Kommission soll über einen einzelnen Fall ein Urteil abgeben, sondern die Presse oder das Publikum sollen sich selbst ein Urteil bilden, und die Kommission soll ihnen dazu das Material liefern. Der wesentlichste Unterschied gegenüber der bisher latent gebliebenen Kommission besteht also darin, daß sie nicht gegen die Presse arbeiten soll, sondern mit ihr, daß sie den Vertretern derselben ihre Aufgabe, das Publikum aufzuklären, erleichtert. Die Situation ist für die Psychiater nur dadurch verfahren worden, daß wir die Presse bisher absolut allein gehen ließen, sie nicht unterstützten und hinterher höchstens von ihr verlangten, daß sie sich selbst desavouieren solle.

Das Endziel, auf welches die Kommission hinarbeiten muß, ist schließlich das, daß die Zeitungen, bevor sie über einen Fall berichten, bei der Kommission Informationen einholen.

Ich kann mich absolut nicht mit der Ansicht, die einmal mir gegenüber geäußert wurde, einverstanden erklären, daß eine Erziehung der Presse nach dieser Richtung hin unmöglich sei. Ich kann der Meinung nicht beipflichten, daß den Redakteuren ihr materielles Interesse höher als die Moral stünde. Dies mag bei einzelnen der Fall sein; die meisten werden uns entgegenkommen und das Verhalten der anderen dadurch als Revolver-Journalistik kennzeichnen. Der Standesverein der Presse wird uns bestimmt unterstützen, wenn wir immer wieder darauf aufmerksam machen, daß wir eine Kommission haben, welche bereit ist, ihnen das erforderliche Material über einen Fall, der die Öffentlichkeit schon beunruhigt hat oder der geeignet ist, in kommender Zeit über die Zuverlässigkeit der be-

stehenden Gesetzgebung irrige Anschauungen zu verbreiten, zur Verfügung zu stellen.

Wir müssen und können dem vorbeugen, daß, wie es bisher geschah, irgendeine Zeitung auf einseitige Informationen hin Lärm schlug und alle anderen einstimmten. Bisher war es eben einem Journalisten, der von einem Geisteskranken gegen das Verhalten eines Psychiaters eingenommen war, absolut unmöglich gemacht, durch Aufklärung auch von der anderen Seite her seine vorgefaßte Meinung zu korrigieren. So konnte er also immer noch mit vollem Rechte geltend machen, daß er bei der Veröffentlichung in Wahrnehmung berechtigter Interessen gehandelt habe. Wenn aber unsere Kommission sich mit dem Standesverein der Presse in Verbindung setzt und sich erbietet, das nötige Material zur Verfügung zu stellen, eventuell in enger Fühlung mit ihm den betr. Fall zu prüfen, so wird in einer allenfallsigen Beleidigungsklage der famose § 193 auch nicht mehr angezogen werden können.

Die Redaktion der Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift würde uns übrigens alle zum großen Dank verpflichten, wenn sie einmal einen hervorragenden Vertreter der Tagespresse ersuchen würde, sich hier gutachtlich über diese ganze Frage zu äußern.

Ob § 300 StGB. uns auf dem von mir vorgeschlagenen Wege ein unüberwindliches Hindernis entgegenstellt, diese Frage sollte allerdings noch von berufener Seite genauer untersucht werden. Ich maße mir vom juristischen Standpunkt aus kein Urteil darüber an. Nach meinem persönlichen Empfinden liegt die Sache folgendermaßen:

Wenn ein Kranker sich in die Behandlung eines Arztes begibt oder diesem übergeben wird, so wird zwischen beiden Parteien ein stillschweigender Vertrag geschlossen, in dem beide Verpflichtungen übernehmen. Ich als Arzt verpflichte mich selbstverständlich nur so lange über die Krankheit meines Patienten Stillschweigen zu bewahren, als dieser mich auf Grund meiner an ihm geübten ärztlichen Tätigkeit nicht angreift und mich auf diese Weise nicht ideell sowohl wie materiell schädigt. Tritt jedoch dieser Fall ein, so befinde ich mich im Stande der Notwehr und muß nunmehr unbedingt von der Wahrung des Berufsgeheimnisses entbunden sein. Ich muß das Recht haben, eventuell durch geeignete Mitteilungen über den Krankheitsfall mich allen den Personen gegenüber zu rechtfertigen, in deren Augen der Patient mich und meine ärztliche Tätigkeit herabzusetzen versucht hat.

Wenn also — um ein krasses Beispiel zu wählen — ein früherer Patient seinen Arzt auf Grund der von diesem ausgeübten ärztlichen Tätigkeit strafrechtlich und zivilrechtlich verklagt und geltend macht, er sei mit untauglichen Mitteln behandelt worden, so entbindet er ihn stillschweigend von dem Berufsgeheimnisse, da er seinerseits die Vertragsbedingungen nicht einhält. Der Arzt ist in diesem Falle unbedingt „befugt“, dem Gericht in öffentlicher Verhandlung Einblick in die von ihm ausgeübte ärztliche Tätigkeit durch Mitteilungen aus der Krankengeschichte zu geben. Eine Überschreitung der Notwehr würde es nur dann sein, wenn er in diesem Falle sofort die Krankengeschichte in einer Zeitung veröffentlicht hätte.

Der Arzt muß sich unbedingt dort wehren dürfen, wo er angegriffen wird. Wenn also ein Irrenarzt von einem früheren Anstaltsinsassen in Zeitungen oder Broschüren mit Schmutz beworfen wird, so ist er berechtigt, sich in der erforderlichen Weise zu verteidigen und Mitteilungen über die Krankengeschichte des Angreifers zu machen. Der Umstand, daß der Angreifer ein Geisteskranker ist, kann nur dann in die Wagschale fallen, wenn dies aus seinen Veröffentlichungen für alle Leser unzweideutig ersichtlich ist, der von ihm gewollte Effekt also ausbleibt.

Im übrigen tritt Bestrafung nach § 300 nicht ein, wenn anzunehmen war, daß der Arzt sich der Rechtswidrigkeit seiner Handlung nicht bewußt war.

Es mag richtig sein, daß ein von den Ärzten richtig gehandhabter § 300 die „Säule ist, auf der das bedingungslose Zu- und Vertrauen des Kranken und seiner Angehörigen ruht“. Durch engherzige Auffassung desselben aber wird nur eine schon bestehende Kluft immer mehr erweitert, die von Kranken sowohl wie von Angehörigen jetzt schon vielfach durch unendliches Mißtrauen ausgefüllt wird.

Herr Prof. Friedländer schlägt vor, in die Kommission zwei Psychiater, zwei Vertreter der Presse und einen Staatsrechtslehrer zu wählen. Diese Zusammensetzung würde aber den Nachteil haben, daß dann das Laienelement überwiegt. Warum soll ferner gerade der Staatsrechtslehrer den Vorsitz führen? Es wird ja doch speziell von ärztlicher Seite immer als ein Nachteil bezeichnet, daß gerade in Medizinal-Kollegien und ähnlichen höheren Behörden überall ein Jurist den Vorsitz hat. Warum soll denn nicht in dieser sich rein mit unseren Standesangelegenheiten befassenden Kommission ein Psychiater Vorsitzender sein? Warum soll das juristische Mitglied überhaupt ein Staatsrechtslehrer sein? Wir haben ja so vor-

zügliche Rechtsanwälte, die in praktischen Sachen viel erfahrener sind wie die Herren Akademiker.

Im übrigen muß ich wiederum betonen, daß es nach meinen auf Grund eingehender Studien gewonnenen Erfahrungen gar keinen Zweck hat, wenn die Kommission nun einfach ihren Urteilsspruch veröffentlicht; das Publikum will genauere Mitteilungen haben und auf Grund dieser sich selbst ein Urteil bilden. Und um diese notwendigen eingehenden Aufklärungen zu verschaffen, dazu genügt eine rein psychiatrische Kommission, jede andersartige Erweiterung würde sie nur schwerfälliger machen.

Zum Schluß noch eins: Wenn ich gesagt habe: „Ich weiß, daß sogar viele Psychiater einen ganz leisen Verdacht in manchen Fällen nicht von der Hand weisen", so hat die Ergänzung natürlich nicht lauten sollen: „daß widerrechtliche Internierungen in ärztlich geleiteten Heilanstalten aus materiellen Interessen vorgekommen sind." Ich bin aber auf das bestimmteste darüber unterrichtet, daß auf Grund der nichtzurückgewiesenen öffentlichen Angriffe auch in Spezialkollegen der Verdacht aufgetaucht ist, daß doch in dem einen oder anderen Falle die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung nicht gegeben war. Da in der größten Mehrzahl der Fälle öffentliche Anstalten angegriffen waren, wie ich in meinem demnächst erscheinenden Werke beweisen werde, so kann es sich überhaupt nicht um materielle Interessen handeln.

Auf seine diesbezügliche Frage hin möchte ich Herrn Prof. Friedländer deshalb entgegnen, daß ich keineswegs der Meinung bin, „daß die Psychiater gegen Irrtümer und Fehler gefeit sind." Ich bin absolut nicht von dem Unfehlbarkeitsdünkel erfaßt, den unsere Gegner uns vorwerfen möchten. Ich habe mich aber gerade bei den Glanzfällen der Irrenreformer überzeugen müssen, daß die Kollegen auch nicht dem leisesten Zweifel darüber Raum zu geben brauchen, daß alle ohne Ausnahme nicht nur psychisch krank waren — woran wohl kein Kollege auch nur einen Augenblick gezweifelt hat —, sondern auch dringend der Behandlung in einer geschlossenen Anstalt bedurften.

Ich habe beim Niederschreiben meines Artikels auch speziell an einen unserer Fachkollegen gedacht, der sich sogar in einer Broschüre mehrerer solcher Fälle angenommen hat und seine Ansicht über den einen erst in jüngster Zeit total geändert hat, nachdem ich ihm persönlich mein Material vorgelegt hatte. Leider wurde eben in den meisten Fällen von den betreffenden Instanzen auch nicht einmal unsere Fachpresse in ausreichender Weise informiert; ein Mangel, der auch heute noch zu beanstanden ist.

Ich möchte nicht schließen, ohne Herrn Prof. Friedländer für seine anerkennenden Worte und dafür, daß er mir durch seinen Artikel Gelegenheit gegeben hat, einige Unklarheiten des meinigen zu beseitigen, verbindlichsten Dank zu sagen.

Referate.

— **Frank, Dr. med. L.**, Nervenarzt in Zürich, Die Psychoanalyse, ihre Bedeutung für die Auffassung und Behandlung psychoneurotischer Zustände. Vortrag, gehalten in der Versammlung schweizerischer Psychiater in Zürich am 21. November 1909. Verlag von Ernst Reinhardt, München, 1910. 42 S. 1 Mark.

Verf. betont unter Anerkennung der Verdienste Breuer-Freuds für die Psychoanalyse die grundlegende Bedeutung der Affekte für den Psychoneurotiker, deren Empfinden in dieser Beziehung abnorm leicht und tief erregbar ist und besonders bei ungenügendem Abreagieren zu einem Verdrängen peinlich empfundener und gefühlsbetonter Vorstellungen in das Unterbewußtsein und damit zu den Erscheinungen der Psychoneurose führt. Durch ein Wiederdurchleben der Affekte, also Abreagieren und Wiederbewußtwerden solcher, oft bis in die früheste Kindheit zurückreichender Affekte wird eine Heilung ermöglicht, besser als durch Bäder, Elektrizität und Mastkuren. Als Art der Behandlung benutzt Verf. einen leicht, eventuell mit Nachhilfe von Hypnose zu erzielenden, oberflächlichen Schlafzustand, bei dem das Oberbewußtsein noch erhalten ist, und ohne suggestive Fragen ganz automatisch die unbewußt aufgespeicherten gefühlsbetonten Vorstellungen ins Oberbewußtsein eintreten und genügend abreagiert werden können. Auf solche Weise hat Verf. Heilung oder Besserung bei einer traumatischen Neurose, bei einer Angstneurose und einem Stotterer erreicht.

Die Behandlungsmethode hat unter Umständen auch für den praktischen Arzt Bedeutung. Wohltuend berührt es, daß in einem die Psychoanalyse behandelnden Thema einmal so wenig von Sexualität die Rede ist. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Kutzenberg** (Bayern). Dr. G. Kolb, kgl. Direktor der hiesigen Kreis-Heil- und Pflegeanstalt, ist zum kgl. Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen ernannt worden.

— **Göttingen.** Dr. Tintemann, Abteilungsarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, ist zum Oberarzt und zum dirigierenden Arzt des Verwahrungshauses ernannt worden.

— **Konradstein.** Dr. K. Graichen ist von hier nach Allenberg übergesiedelt.

— **Speichersdorf.** Dem leitenden Arzt Dr. Steinert wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen. Ärztin Dr. F. Leuß ist in der hiesigen Nervenheilanstalt angestellt.

— **Obrawalde.** Dr. Ohl als Arzt eingetreten.

— **Strehlen** in Schlesien. Exzellenz Ehrlich in Frankfurt a. Main ist von seiner Vaterstadt Strehlen in Schlesien zum Ehrenbürger ernannt.

— **Dresden.** Dr. K. O. M. Ziehm, Hilfsarzt a. d. städt. Heil- und Pflegeanstalt, ist nach Jena übergesiedelt.

— **Berlin.** Der Charakter als Sanitätsrat wurde verliehen an Dr. A. Oliven in Lankwitz und Prof. M. Laehr in Zehlendorf.

— **Lublinitz.** Der Charakter als Sanitätsrat wurde verliehen dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Dr. O. Klinke.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Dr. med. Adolf Ludwig Schlippe ist hier heute als Volontärarzt eingetreten.

Anstaltstechnisches.

Das Original Reichenberger Rutschtuch.

Unter Bezugnahme auf den kürzlich in dieser Zeitschr. veröffentlichten Artikel über eine Anstaltsfeuerwehr wird mitgeteilt, daß ein ganz besonders wichtiges und nützliches Requisit für die Rettungsmaßnahmen bei Feuerausbruch in Irrenanstalten das **Original Reichenberger Rutschtuch** ist. In verschiedenen Irrenanstalten ist es auch bereits angeschafft. Das Gewicht eines fertigen Rutschtuches samt Riemen, Stangen usw. ist für 15 Meter Länge ca. 70, für 20 Meter ca. 80, für 25 Meter ca. 90, für 30 Meter ca. 100 Kilogramm. Die Rutschtücher sind aus eigens für diesen Zweck in einer Breite von 325 Zentimeter gewebtem Segeltuche bester Qualität und einem noch festeren 80 Zentimeter breiten Segeltuche, welches über die ganze Länge als Rutschbahn aufgenäht wird, hergestellt und müssen, um im Notfalle auch als Sprungtuch dienen zu können, eine entsprechende Doppellage des Segeltuches an der oberen Seite, sowie starken Gurtbesatz als Handhaben erhalten; 2 große, 2,7 Meter lange, 7 Zentimeter breite und 12 Millimeter starke Haltriemen sowie 2 entsprechend starke Eschenholz-Stangen tragen samt dem sonstigen Materiale dazu bei, daß diese Gewichte erzielt werden. Trotz derselben ist das Handhaben des „Reichenberger Rutschtuches“ nach ganz kurzer Einübung ein sehr leichtes und erfordert nicht mehr Zeit als das Aufziehen des Rettungsschlauches oder das Ausbreiten des Sprungtuches. Das Rutschtuch hat den Vorteil, daß gleichzeitig und nebeneinander 2 bis 3 Personen darauf hinunter rutschen können, auch nicht abgewartet zu werden braucht, bis diese unten angelangt sind, sondern ohne Bedenken 3-, 4-, selbst 5mal hintereinander 2 und 3 Personen auf dem Tuche herabrutschen können. Bei Massen-Rettungen ist dies letztere ganz besonders wichtig. Für Rettung aufgeregter widerstrebender Geisteskranker aus Feuersgefahr ist das Rutschtuch ganz besonders



zu empfehlen. Wo die Verbindung zwischen den höheren Stockwerken nicht mehr möglich ist, kann das im unteren Stockwerk eingehangene Rutschtuch auch als Sprungtuch benutzt werden. Die beigefügte Abbildung veranschaulicht die Anwendung des Rutschtuches.

Therapeutisches.

—**-Lecin**, eine Lösung von Eiweiß-Eisen mit Lecithin-Phosphorsäure, gehört nach allgemeinen ärztlichen Urteilen zu den wirksamsten Eisenmitteln, wird gut vertragen, gern genommen und ist sehr wohlfeil. Die anregende Wirkung des organischen gebundenen Eisens und Phosphors auf den Appetit und die Nerventätigkeit, verleihen den Lecinpräparaten den Vorzug vor anderen Eisenmitteln, wenn bei Blutarmen diese Funktionen darniederliegen.

Die Lecinpräparate werden auf Grund deutscher und ausländischer Patente seit mehreren Jahren von Dr. E. Laves, Hannover, hergestellt und haben sich in ärztlichen Kreisen schnell Anerkennung und Vertrauen erworben, derart, daß jetzt nach 5 Jahren ihres Bestehens täglich in Deutschland gegen 1000 Flaschen Lecin verbraucht werden.

Lecin wird in Lösung und in Tablettenform hergestellt, ferner in schwach arsenhaltiger Lösung (Arsa-Lecin) und schließlich gemischt mit einem Auszuge

aus Chinarinde [welcher 2% ihres Gewichtes Strychnossamen beigefügt ist (China-Lecin)].

Vertrieben werden die Lecinpräparate durch die Apotheken.

Lecin wurde auf der Intern. Hygiene-Ausstellung in Dresden mit der silbernen Staatsmedaille ausgezeichnet.

Berichtigung.

Herr Direktor Dr. Ernst Boeck in Troppau ersucht um Aufnahme folgender Richtigstellung seiner Äußerung zu dem Vortrag des Herrn Direktor Dr. Deiaco in Nr. 30 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, Seite 358:

Ich habe nicht Staats-Irren-Anstalten „mit landwirtschaftlichem Betrieb" gefordert, sondern gesagt, eine eigene Staats-Irren-Anstalt könne jedenfalls viel leichter den einzelnen Gruppen der Kriminellen eine verschiedenartige Behandlung zu teil werden lassen, könne vielleicht eine Anzahl sogar landwirtschaftlich beschäftigen. —

In dem Referat erscheint der „landwirtschaftliche Betrieb" als eine wesentliche Einrichtung cr Staats-Irren-Anstalt.

Nachahmung von Hygiama.

Heilbronn, den 18. November. Vor der hiesigen Strafkammer wurde vorgestern und gestern ein interessanter Prozeß wegen unlauteren Wettbewerbs verhandelt. Als Kläger trat Dr. Theinhardts Nährmittelgesellschaft, der Fabrikant des weltbekannten „Hygiama" auf gegen den 36 Jahre alten Konditor Emil Mössinger in Heilbronn und den 28 Jahre alten Kaufmann Friedrich Keller, ebenfalls wohnhaft in Heilbronn. Mössinger hat in seiner Konditorei seit November 1909 ein dem Dr. Theinhardtschen „Hygiama" ähnliches Nährmittel hergestellt, das er „Mössingers Kraftnahrung Hygiogen" nannte und mit Hilfe seines Buchhalters und Reisenden Keller vertrieb. Bei dem Vertrieb verwendete er Prospekte, in denen gesagt war, daß es ihm nach eingehendem Studium und unter Heranziehung erster medizinischer Autoritäten gelungen sei, mit Hilfe einer vervollkommneten Technik in Mössingers Kraftnahrung ein Nährmittel ersten Ranges herzustellen. Keller hat bei Abfassung der Prospekte einfach die Prospekte der Firma Dr. Theinhardts Nährmittelgesellschaft in Cannstatt benützt und ganze Sätze daraus abgeschrieben, indem er einfach an Stelle von Dr. Theinhardts Hygiama — Mössingers Kraftnahrung setzte. In weiteren Prospekten hatten die Angeklagten auch unwahrerweise hunderte von Kur- und Badehotels, Krankenhäuser usw. aufgeführt, in welchen das Mössingersche Nährmittel mit größtem Erfolg gebraucht werde.

Das Urteil lautete gegen Mössinger auf eine Geldstrafe von 200 M., gegen Keller auf eine solche von 250 M. und außerdem haben sie an Dr. Theinhardts Nährmittelgesellschaft eine Buße von 500 M. zu zahlen und des Nebenklägers notwendige Auslagen zu ersetzen. Auch fallen beiden Angeklagten die sehr erheblichen Kosten des Prozesses zur Last. (Auszug aus der „Cannstatter Zeitung" vom 19 Oktober 1911).

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 16. Dezember **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Odium psychiatricum. Von Oberarzt Dr. Dobrik, Kosten. (S. 381). — Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber. Von Dr. M. Autengruber, Mauer-Öhling (Niederösterreich). (Schluß) (S. 383). — Über die Fortschritte des Irrenwesens. Von Dr. G. Werner in Bedburg. (Fortsetzung). (S 383.) — Mitteilungen (S. 385): Das Gesundbeten gegen Bezahlung. — Referate (S. 386). — Personalnachrichten (S. 386).

Odium psychiatricum.

Von Oberarzt Dr. *Dobrick*-Kosten.

Der soziale Wert der Psychiatrie ist in der Gegenwart nicht mehr diskutierbar. Und doch erfährt sie eine chronische Unterwertung. Man kann ruhig behaupten, sie ist die unpopulärste aller Wissenschaften. Überall lodern Vorurteile und Haß gegen sie. Anrempelungen der Psychiater gehören beinahe zu einer ständigen Erscheinung bei Gerichtsverhandlungen und in der Presse. Bei dem hohen Kurswert, den sonst alles Medizinisch-Hygienische bei der Allgemeinheit hat, ist dies eine auffallende Tatsache. Sie birgt ein psychologisches Problem, dessen restlose Erklärung noch immer aussteht.

Krankheit hat als solche nichts mit Vorurteilen zu tun. Sie weckt im Gegenteil unseren Altruismus, die Edelgefühle des Mitleids, der Hilfsbereitschaft, der Aufopferung. Aber seit Jahrtausenden hat im Volke eine Verwischung des psychischen Krankheitsbegriffes durch Aberglauben, Unkenntnis und Vorurteile stattgefunden. Ihm haftet die Anrüchigkeit an. Hier liegt eine Parallele zwischen psychischen und sexuellen Erkrankungen klar auf der Hand. Beide Erkrankungen drücken dem Individuum einen Makel auf. Sie entwerten die Persönlichkeit in ihren sozialen Beziehungen, denn sie machen sie gesellschaftsfeindlich. Die Gesellschaft will sie daher aus ihrer Gemeinschaft eliminieren. Es ist ein psychologischer Irrtum, daß dieser Makel lediglich durch Vorurteile bedingt ist. Man nenne jemand „herzkrank", und er wird ruhig erwidern, er sei es oder er sei es nicht. Man nenne aber jemand „geisteskrank" oder „syphilitisch", und er wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Kadi laufen. Und der Kadi wird den unvorsichtigen Sprecher verurteilen. Die psychologische Reaktion ist also eine fundamental andere. Dieser Makel wird immer wieder geboren aus Rasseinstinkt, er ist die Reaktion der Gesellschaft gegen diese antisozialen Krankheiten. Das patriarchalische Altertum war in dieser Hinsicht ebenso einfach wie radikal. Es stieß seine Aussätzigen mitleidlos aus der gesellschaftlichen Gemeinschaft aus. Das geht nun zwar heute nicht mehr. Aber, so paradox es klingt, es ist streng genommen naturwidrig, dieses Vorurteil zu bekämpfen, denn in seinem innersten Kern steckt etwas Naturgewolltes. Eine unerbittliche Eliminierung solcher Elemente ist zweifellos ein sichereres Schutzmittel gegen Vererbung und Infektion, als ihre Duldung und Konservierung aus rassegefährdender Humanität.

Alle Vorurteile gegen die Psychiatrie sind nur zum kleinsten Teil begründet in der Kenntnislosigkeit der Menge. Schon ihre Permanenz und Allgemeinheit sprechen dagegen. Denn sonst würden wenigstens die Gebildeten das Bedürfnis nach Aufklärung empfinden. Aber dieses Bedürfnis besteht augenscheinlich nicht. Denn bei einigem guten Willen ist es heute ein Leichtes, sich diese Aufklärung zu verschaffen. Anständige, über kurzsichtige Sonderinteressen zweifellos erhabene Zeitungen schlagen in dieselbe Kerbe. Die Presse denkt meist gar nicht daran, sich bei den betreffenden Anstalten nach den tatsächlichen Vorgängen zu erkundigen, bevor sie sie angreift. Und doch sollte man das selbstverständlich finden. Aber es mag noch so Borniertes in rebus psychiatricis behauptet und geschrieben werden, das Publikum, und zwar Gebildet und Ungebildet, glaubt es. Die Schuld

des Psychiaters steht von vornherein fest. Diese Verblendung ist nicht mehr Unkenntnis, sie ist das Kriterium eines gewollten Gegensatzes. Dieses chronische Odium gegen alles, was Psychiatrie und Psychiater heißt, ist zweifellos in seinen letzten Ursachen psychologisch darin begründet, daß die Psychiatrie einerseits mit großer Prätention in die höchstbewerteten Rechte der Persönlichkeit eingreift und eingreifen muß, andererseits sich bisher unfähig gezeigt hat, die Ursachen, welche sie zu dieser Machtbefugnis legitimieren, später therapeutisch zu eliminieren. Der Psychiater, der kraft seines Amtes einen Paranoiker für geisteskrank erklärt und ihn in seiner Anstalt interniert, verwundet damit dessen Psyche an zwei empfindlichen Achillesfersen. Er drückt einen Makel auf und raubt die persönliche Freiheit. Makellosigkeit und persönliche Freiheit sind aber die höchstbewerteten Postulate des Individuums. Hier schließt nun der Psychiater seine Tätigkeit mit einem starken Defizit ab, denn er hat weder auf die ursächlichen Momente ausreichenden prophylaktischen Einfluß geübt, noch vermag er kausale Therapie zu betätigen. In dieser Differenz klafft für den Laien ein ungeheurer Widerspruch mit aufreizender Tendenz. Der Psychiater präsumiert sich als Diagnostiker und Gutachter eine große Machtfülle, aber die versöhnliche Note des Arztes, die heilende und vorbeugende Tätigkeit, das ideelle Äquivalent zu dieser Machtfülle, fehlt. Oder vielmehr, es ist heute noch so winzig, daß es für die Masse nicht sichtbar in die Erscheinung tritt. Diesen Widerspruch, den auch jeder von uns bewußt oder unbewußt als die eigentliche Disharmonie seines Berufes fühlt, der uns täglich bei jeder Visite greifbar vor Augen tritt, ihn fühlt instinktiv auch der Laie. Zudem bestärkt ihn sein Leib- und Magenblatt immer wieder in solchen Reflexionen. Er reagiert darauf mit Mißtrauen und Haß. Denn er verlangt von jemand, dem eine solche Macht gegeben, als Korrelat dieser Macht, tatsächliche Leistungen im Sinne der Verbesserung der menschlichen Lebensverhältnisse. Sonst fehlt für ihn die Legitimation zu solcher Macht. Sie wird zur Gefahr und Tyrannei. Das Wort „Psychiatergefahr" ist denn auch längst geprägt und der Ruf „Schutz vor den Psychiatern" ein Schlagwort unserer Zeit geworden.

Auch hier wieder eine Parallele! Psychiatrie und Psychiater teilen ein ähnliches Schicksal mit Christentum und Priesterschaft. Auch gegen diese besteht seit Jahrhunderten bei Vielen ein Odium, geboren aus dem Mißverhältnis zwischen inhaltsschwerem, machtvollem Wort und dem Erfolg. Manche sagen sich, eine Religion der Liebe, der Mühseligen und Beladenen, die es nach fast 2000 jährigem Bestehen heute nicht verhindern kann, daß immer noch Menschen verkommen und verhungern, ist von sozialer Vollkommenheit noch weit entfernt. Erst Leistungen, dann Überzeugung, schließlich Glauben und Vertrauen. Diese Stufenleiter gilt auch für die Psychiatrie!

Aus dieser Wurzel wachsen auch die fortwährenden Laieneinbrüche in unsere Wissenschaft. Da der Laie die therapeutische Ohnmacht des Psychiaters sieht und seine widersprechenden Gutachten hört, glaubt er es mit seinem „gesunden Menschenverstand" ebenso oder besser zu verstehen. Über einen Staatsanwalt, der sich souverän über die Gutachten unserer Autoritäten bewußt hinwegsetzt, regt sich schon heute niemand mehr auf, und die pastorale Psychiatrie erfreut sich Gönnerschaft trotz hier und da hoher lebhafter Gegenvorstellungen von unserer Seite.

Noch eine beklagenswerte Folge dieses Odiums. So paradox es klingt, im Zeitalter der Hygiene haben wir keine psychiatrische Hygiene! Es ist so, als wenn unsere tausendfache Erfahrung für Staat und Gesellschaft gar nicht existierte. Jeder tut, was ihm beliebt. Der Epileptiker heiratet seine Kousine, der Alkoholiker eine Hysterika. Allen unseren Warnungen zum Trotz kann heute jeder seine entarteten Produkte in die Welt setzen und der Allgemeinheit immer neue Parasiten aufzwingen. Und erst, wenn diese psychischen Krüppel immer wieder unsere Gesellschaftsordnung auf den Kopf stellen, ruft man allergnädigst zum Schluß nach dem Psychiater, statt ihn vorher zu fragen.

Wir haben alle das Gefühl: so geht es nicht mehr weiter, es muß etwas geschehen. Aber alle bisher vorgeschlagenen Mittel der Presseberichtigungen, aufklärender Vorträge u. a. m. sind sicher nur in die Kategorie der sogenannten kleinen Mittel zu rechnen. Denn sie fassen das Übel nicht an seiner psychologischen Wurzel, sie sind symptomatische, nicht aber kausale Therapie. Und von der ersteren haben wir in unserem Beruf ja schon genug. Die kühle Gleichgültigkeit gegen alle diese Vorschläge in Psychiaterkreisen spricht nicht für den Glauben an ihre machtvolle Wirkung.

Es gibt nur ein Radikalmittel, Vorurteile zum Schweigen zu bringen, das ist der Erfolg. Für uns kann dieser Erfolg nur in therapeutischen Er-

folgen bestehen. Gewiß, wir haben bereits Erfolge. Man überschätze sie aber nicht. Sie sind überwiegend humanitärer Natur und haben mit schöpferischer Therapie noch zu wenig zu tun. Unsere Aufgabe ist es, unser Wissen in Können umzusetzen. Das kann aber nur in einer großzügigen Reform unserer wissenschaftlichen Forschung bestehen. Die Konzentration der psychiatrischen Elite und eine ideale Verkörperung ihrer materiellen Schaffensbedingungen in Form eines großen Zentral-Forschungs-Instituts mit ausgesprochen therapeutischer Tendenz scheinen mir unerläßliche Postulate dazu.

Hand in Hand mit Erfolgen wird uns ganz spontan das allgemeine Vertrauen zufallen.

Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber.

Von Dr. *M. Autengruber*, Mauer-Öhling (Niederösterreich).

(Schluß.)

Meine Herren! Die Gesetzgebung hat bisher recht wenig Verständnis gezeigt für die naturgemäße Entwicklung der Anstalten, die Anstaltsärzte waren vielmehr auf das persönliche Wohlwollen der behördlichen Organe angewiesen und diese konnten sich wenigstens im Rahmen der bisherigen Gesetze noch entgegenkommend, den Fortschritt fördernd zeigen, wäre aber der Gesetzentwurf über die Entmündigung und die Fürsorge für Geisteskranke Gesetz geworden, hätte sich selbst das bisherige Wohlwollen der behördlichen Organe in starre Ablehnung der Forderung der Anstaltsärzte verkehren müssen. Ich spreche von dem Wohlwollen der behördlichen Organe, weil die Anstaltsleitung in Mauer-Öhling, speziell bei der Einführung der Familienpflege, trotz mannigfach geäußerten Befürchtungen, keinerlei Schwierigkeiten von behördlicher Seite zu überwinden hatte, wiewohl im Rahmen der bisherigen Gesetzgebung diese wohl hätten gemacht werden können.

Daß die Behörden voll des Mißtrauens stecken gegen Anstalten und die Anstaltsärzte, erhellt aufs grellste aus den beiden Gesetzentwürfen. Die beiden Gesetze wollten „Fürsorgegesetze für Geisteskranke" sein, wären aus lauter Vorurteil und Mißtrauen gegen die Anstalten und Anstaltsärzte beinahe Gesetze geworden zur Fürsorge für Aspiranten auf Irreninspektorposten und Vertrauensmännerposten bei kapitalskräftigen Kranken.

Ich meine, es wird niemand ein Tränlein weinen, außer den enttäuschten Aspiranten, wenn der eine Entwurf in neuer verbesserter Auflage und der andere in ganz neuer Bearbeitung erscheint, wiewohl wir die Verzögerung lebhaft bedauern müssen. Es hätte eben bei der ersten Bearbeitung den Autoren vor allem das Interesse der Kranken, die Fürsorge für die Kranken vorschweben sollen, dem sich die Interessen der Öffentlichkeit, ohne Abbruch zu leiden, leicht beiordnen lassen.

Nicht nur wir Anstaltsärzte wollen, daß die Anstalt für Geisteskranke so, wie wir sie mit den von der autonomen Landesverwaltung beigestellten Mitteln geschaffen, eine Anstalt für Kranke sei, sondern auch die Kranken selbst wollen dies, insbesondere würde dieser Wunsch in allen rege werden, denen zum Bewußtsein käme, daß entweder sie selbst oder eines ihrer Familienglieder einmal krank werden könnte, es muß also die gesamte klar und ein bischen selbstlos denkende Bevölkerung den Wunsch der Anstaltsärzte aufs lebhafteste teilen. Will die Gesetzgebung sich auf einen anderen Standpunkt stellen, dann verleugnet sie zugunsten eingewerkelter, starrer, juristischer Formeln mit einem Bückling vor dem Vorurteil, das einige gewissenlose Hetzer aus egoistischen Gründen wach erhalten, die Bedürfnisse der Gesellschaft.

In eine Krankenanstalt führt im allgemeinen das Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung und entsprechender Pflege, beherrscht von dem Wunsche, wieder die verlorene Gesundheit zu erlangen. Wer aus anderen Gründen eine Anstalt für Kranke, ein Krankenhaus aufsucht, schändet den Zweck der Anstalt. Mögen sich auch bei einer Anstalt für Geisteskranke die Verhältnisse, insbesondere wegen der Schlacken der historischen Entwicklung noch anders gestalten, so geht es doch nicht an, daß z. B. über Aufnahme und Entlassung in ein Spital für Geisteskranke nie oder fast nie der Arzt zu entscheiden habe. Nach dem Gesetzentwurfe, betreffend die Fürsorge für Geisteskranke, soll die Fürsorge im Einsperren ohne Außerachtlassung der sanitären und humanitären Fürsorge bestehen — nicht anders wie

im Zuchthause! Das Einsperren verfügt nach dem Gesetzentwurfe:

I. selbstverständlich ein rechtskräftiges richterliches Erkenntnis;

II. die politische Behörde erster Instanz;

III. ja auch die Gemeindebehörde

IV. und sonderbar der gesetzliche Vertreter einer entmündigten oder minderjährigen Person;

V. in den seltensten Ausnahmsfällen ist der leitende Arzt der Anstalt befugt, einen Kranken aufzunehmen.

Der Arzt soll also bei der Aufnahme eines Kranken in die Anstalt möglichst beiseite gestellt sein, — um ungerechtfertigte Internierungen zu vermeiden.

Woher nahmen die Autoren dieses Gesetzentwurfes das Substrat für eine derartige Anklage des ganzen Standes der Anstaltsärzte? Sind denn von Anstaltsärzten verschuldete ungerechtfertigte Internierungen vorgekommen, ja so häufig, daß sie eine so grobschlächtige Abwehrmaßregel erheischen? Oder standen die Autoren der Gesetzentwürfe unter dem Einflusse eines Artikels der Sensationspresse? Wir sind — glaube ich — alle der Ansicht, daß vor allem der Arzt zu entscheiden hat, ob jemand krankheitshalber hilfebedürftig ist, und nicht eine juristische Behörde, wollen aber selbstverständlich, solange die Detentionsanstalt in Verbindung mit der Heilanstalt ist, das Einweisungsrecht der Behörde keineswegs tangiert wissen.

Wir wollen das Mißtrauen der Behörden in die Anstaltsärzte wegen der Sucht der Freiheitsbeschränkung auch insofern erschüttern, als wir der Ansicht Ausdruck geben, es wäre besser, einen Menschen mit verdächtigen Krankheitssymptomen ehetunlichst mit dem Zeugnisse des Gemeinde- oder sonstigen zur Ausübung der Praxis berechtigten Arztes der fachmännischen Beobachtung und sachgemäßen Behandlung im Bette eines Wachsaales einer Anstalt für Geisteskranke zuzuführen, als ihn im Gemeindearreste oder im abgelegenen „Beobachtungszimmer" eines kleinen Spitales einzusperren und die Geistesstörung aus den Trümmern und Fetzen der Einrichtung oder gar aus einem improvisierten aber mit Erfolg angewendeten Suspensionsapparate konstatieren zu lassen.

In nicht ganz logischer Weise kommt das Mißtrauen der Behörden gegen die Anstaltsärzte in den §§ 23 bis 25 der Regierungsvorlage eines Gesetzes über die Entmündigung zum Ausdrucke.

Wird vorerst die Sachverständigentätigkeit des Anstaltsarztes als unzulänglich erklärt, weil diese Vorschrift den „Verdacht jeder Parteilichkeit ausschließen soll", so kann doch vom Richter der „summarische Bericht" des leitenden Arztes über den „Angehaltenen", wenn danach offenbare Geistesstörung vorliegt, „um Kosten zu ersparen", einen Sachverständigen ersetzen, kann doch gegen sonstige Rechtsauffassung der Anstaltsarzt, der nach dem Gesetze befangen sein muß, über die Symptome der Krankheit usw. als Zeuge auszusagen verpflichtet werden, kann der Richter die Krankheitsgeschichten, die der befangene Arzt geschrieben, als Grundlage für sein Urteil sich vorlegen lassen.

Der Gipfel des Mißtrauens der Behörden gegen die Anstaltsärzte offenbarte sich in der Gesetzesvorlage über ein Gesetz über die Irrenfürsorge durch die geplante Aufstellung von Inspektoren zur Kontrolle der Anstalten und Anstaltsärzte, weiter in der Regierungsvorlage über ein Entmündigungsgesetz durch die Institution des Vertrauensmannes.

Sind zur Kontrolle von allgemeinen Krankenhäusern Inspektoren aufgestellt oder nötig? Warum gerade für das Krankenhaus für Psychosen und Neurosen? Diesen Schlag kann und darf der Anstaltsarzt nicht auf sich sitzen lassen!

Die Institution des Vertrauensmannes ist, abgesehen vom Standpunkte des Anstaltsarztes, in der Form, wie sie im Gesetze vorgesehen, aus rein logischen Gründen nicht haltbar.

Diesen Vertrauensmann nämlich bestellt der „Angehaltene" selbst, auch wenn er „handlungsunfähig" ist, oder mit „Mißtrauen" erfüllt, seinem Vertrauensmanne nicht das Vertrauen entgegenbringt, ihm Vollmacht zu erteilen; also ohne rechtliche Grundlage tritt dieser nicht Bevollmächtigte in Rechte ein, die die Anstaltsinteressen und das Ansehen der Ärzte schwer schädigen müssen.

Meines Erachtens könnten die Ärzte gar keine Einwendung erheben, ja wir könnten uns darüber freuen, wenn die Behörde jedem als krank oder zur Beobachtung angehaltenen eigenberechtigten Staatsbürger, womöglich nach seinem Vorschlage, einen moralisch und intellektuell qualifizierten Mann innerhalb kürzester Frist zum Vertrauensmanne bestellen würde. Diesem Vertrauensmanne würde nicht das Recht zuerkannt, Anstalt und Ärzte nach seinem Belieben zu schikanieren, sondern er hätte die Pflicht, die materiellen Interessen des „Angehaltenen" als sein vorläufiger Kurator wahrzunehmen, sich mit seinem Schutzbefohlenen im Rahmen der Hausordnung der Anstalt ins Einvernehmen zu setzen, und wenn nach seiner laienhaften — also psychiatrisch nicht infizierten — Anschauung der Verdacht in ihm rege wird, daß der „Angehaltene" nicht

geisteskrank, die unverzüglichen gerichtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Geisteszustandes zu beantragen.

Mit einer derartigen Institution wäre sowohl dem Rechtsbewußtsein der Bevölkerung als auch dem Interesse des „Angehaltenen" in jeder Weise Rechnung getragen, ohne gesetzlich ein Odium auf Anstalten und Anstaltsärzte zu laden.

Zum Schlusse will ich noch betonen:

Wir Anstaltsärzte wünschen ehestens ein Gesetz betreffend die Fürsorge für Geisteskranke, aber wir sind der Ansicht, daß in einem derartigen Gesetze nicht für dauernd das Mißtrauen in die Anstaltsärzte festgelegt werden dürfe, daß vielmehr das Gesetz danach angetan ist, das Vorurteil und das Mißtrauen gegen die Anstaltsärzte von den Behörden und auch von der Öffentlichkeit zu bannen.

Sollte ein derartiger Versuch, wie in den ersten Gesetzesvorlagen, wieder gemacht werden, ist es Pflicht des „Psychiatrischen Verbandes", mit allen gesetzlichen Mitteln dagegen Stellung zu nehmen und sich besonders auch in dieser Beziehung die Hilfe der autonomen Landesverwaltung zu sichern.

Diskussion.

Schnopfhagen (Linz) kann nicht über ein Mißtrauen seitens der Bevölkerung berichten, bringt Beispiele. Eher seitens einzelner Behörden, wie die neuen Gesetzentwürfe über Irrenfürsorge und Entmündigung beweisen. Hält den eingeschlagenen Weg der Entwicklung der Irrenanstalten zu Krankenhäusern für den besten, meint, daß man die Entwürfe mit allen Mitteln bekämpfen müsse.

Böck (Troppau) bringt einige Beispiele über die Stellung der Ärzte und Anstalten zu den Angehörigen. Meint, daß auch die seltenen Klagen, welche laut werden, durch entsprechendes Eingehen auf dieselben sich beseitigen lassen. Spricht sich für möglichsten Kontakt zwischen Anstalt und Angehörigen der Kranken aus. Bei Angriffen auf die Anstalt ist er nicht dafür, sich an die Presse zu wenden.

Deiaco (Pergine) spricht sich für die Beiziehung der Gemeindeärzte zur Fürsorge für die entlassenen Kranken aus.

Schweighofer (Salzburg) regt an, sich mehr an dem öffentlichen Leben zu beteiligen und bei den vielen Fragen mitzuarbeiten, die ohne psychiatrische Hilfe nicht gelöst werden können: Kinderschutz, Fürsorge für Schwachbefähigte, Trinkerfürsorge, Hilfsschulen etc. Er wünscht regen Kontakt mit den praktischen Ärzten, läßt in jedem Entlassungsreverse die Verpflichtung aufnehmen, den Kranken in ärztliche Behandlung zu stellen und übermittelt den Ärzten Auszüge der Krankengeschichten. Regt eine Sammelstätte für alle Angriffe gegen die Anstalten an, vorläufig zur Sichtung des Materiales und Berichterstattung am nächsten Verbandstage. Will die Sammlung selbst übernehmen.

Autengruber (Mauer-Öhling) spricht sich dafür aus, sich doch auch an die Presse zu wenden. Er erklärt, daß die praktischen Ärzte immer schon Zutritt in Mauer-Öhling haben. Er begrüßt den Antrag, mit den praktischen Ärzten in Berührung zu kommen, auf das lebhafteste.

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Der Gesundheitszustand des Pflegepersonals war im allgemeinen ein guter. Nur Landsberg berichtet über relativ häufige Erkrankungen des Personals an akutem Gelenkrheumatismus, doch sind das wahrscheinlich nur Rezidive, die bei dem rauhen Klima wieder aufflackern. Über den Tod durch Infektion bei der Typhuspflege wurde schon berichtet. Leider ereigneten sich in Buch mehrere Selbstmorde. 1906 erhängte sich ein Pfleger, und eine Pflegerin (Försterstochter) erschoß sich; 1907 suchte sich eine Pflegerin zu erhängen, 1908 suchten sich zwei Pfleger zu vergiften, einer verwundete sich selbst, ein dritter sprach von Selbstmord. In Lauenburg erschoß sich 1900 ebenfalls eine Pflegerin, deren Bruder auf dieselbe Weise gestorben war. In Lüneburg mußte eine Hilfsoberwärterin wegen Geisteskrankheit entlassen werden, in Weilmünster aus demselben Grunde ein eben eingetretener Pfleger. Ebenda mußten drei Pflegerinnen wegen Schwangerschaft austreten. In Leubus wurde eine Pflegerin geisteskrank, eine andere mußte wegen Tuberkulose mit psychotischen Erscheinungen pensioniert werden.

Der Oberpfleger von St. Urban wurde dnrch einen Steinwurf an der Schläfe verwundet, glücklicherweise war die Wucht des Wurfes durch den Mützenschirm gemildert.

In Weinsberg wurden auf der unruhigen Frauenabteilung von 30 Betten sämtliche Fälle von Mißhandlungen (Kratzen, Beißen, Schlagen, Haareausraufen) der Pflegerinnen durch die Kranken gezählt und ärztlich festgestellt. Es wurden 98 Fälle von

Mißhandlungen konstatiert. Im Tannenhof überfiel ein heitererregter Kranker, der schon mehrfach in der Anstalt war und als harmlos galt, den nachtwachenden Pfleger plötzlich von hinten und würgte ihn bis zur Besinnungslosigkeit. Ein sonst sehr ungebärdiger anderer Kranker wachte darüber auf, brachte Hilfe und weckte den Stationspfleger. Ein seit 1894 in Zwiefalten frei arbeitender, schwachsinnig verworrener Katatoniker erschlug in einer plötzlichen Erregung einen Wärter. Niemand hätte dem Kranken so etwas zugetraut. Man sieht, wie gefährlich unter Umständen der Beruf des Irrenpflegers sein kann. Eigentlich muß man sich wundern, daß bei der jetzigen freien Behandlung manchmal nicht mehr passiert, doch sind hinwiederum die Vorzüge dieser Behandlung so groß, daß man eben auch solche tief bedauerlichen Vorkommnisse mit in Kauf nehmen muß.

In Luzern und St. Urban ist das Beamtenpersonal daher auch gegen Unfall versichert worden. Salzburg hat sein Personal nicht nur gegen Unfall, sondern auch gegen Brand versichert. Friedmatt konnte sechzehn kleinere Unfälle durch die Police decken.

In Deutschland hat Lübeck seit 1904 das Pflegepersonal mit Rücksicht auf seinen gefahrvollen Beruf bei der Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft in Mannheim gegen Unfall versichert.

Bei der zunehmenden Zahl der verheirateten Wärter wird durch die Familien nicht nur der Apothekenfonds steigend belastet, sondern es erwächst den Ärzten durch die Familienbehandlung auch oft nicht unbedeutende Mehrarbeit. Da nun die Behandlung kostenlos ist, kann sie über Gebühr in Anspruch genommen werden. Andererseits besteht die Gefahr, daß sich der Arzt, wenn er nicht auf jeden Ruf sofort herbeistürzt, dadurch die Feindschaft der betreffenden Familie erwirbt, was sich ihm dienstlich unangenehm bemerkbar machen kann. Es ist daher der Zusammenschluß in eine Betriebskrankenkasse mit Familienversicherung für Ehefrauen und Kinder unter 15 Jahren durchaus erwünscht, wie dies seit dem 1. Januar 1909 in Eglfing der Fall ist. „Es kamen dort bei einem durchschnittlichen Mitgliederstand von 143,67 in der männlichen, 134,8 in der weiblichen Abteilung und 67 Familien bei der Familienversicherung in der männlichen Abteilung 51 Erkrankungsfälle mit 1126 Krankheitstagen vor, in der weiblichen Abteilung 63 Krankheitsfälle mit 775 Krankheitstagen."

Die Einnahmen betrugen 11772,05 M.

Die Ausgaben betrugen:

Für ärztliche Behandlung	3178,00 M.
Kurkosten in Krankenanstalten	2303,00 „
Arzneien und Heilmittel	888,14 „
Transportkosten	15,80 „
Barunterstützungen:	
Krankengelder	1360,00 „
Wöchnerinnenunterstützung	57,60 „
Sterbegelder	678,00 „
Kontrollkosten	1,00 „
Sa.	8481,54 M.

Es verblieb somit ein Aktivrest von 3290,51 M.

Aus diesem konnten dem zu bildenden Reservefonds 300 M. als erste Rate überwiesen werden."

Es ist nicht erwähnt, ob die zahnärztliche Behandlung dabei mit eingerechnet ist. Das jüngere Personal ist schnell dabei, sich einen Zahn vom Arzt ausziehen zu lassen, ohne dabei zu bedenken, daß der opponierende Zahn durch das fehlende Widerlager damit auch so ziemlich funktionsunfähig wird. Würde vom Tage des Eintritts ab kostenlose Plombierung etc. gewährt, so bestände damit die Gefahr, daß sich die Betreffenden auf Kosten der Kasse ihre Zähne in Ordnung bringen lassen und dann nach kurzer Zeit austreten, ohne die entsprechenden Beiträge gezahlt zu haben. Es würde sich daher empfehlen, in der ersten Zeit nur nach dem Dienstalter oder den gezahlten Beiträgen Beihilfen auszuzahlen. Wenn einige Anstalten, wie erwähnt, ihre Kranken von einem Zahnarzt behandeln lassen, dürfte die gleiche Forderung für das Personal nicht unberechtigt erscheinen.

Es ist in letzter Zeit der Versuch gemacht worden, das Pflegepersonal der Männerabteilungen durch weibliche Kräfte ganz oder teilweise zu ersetzen. Der Tannenhof glaubt konstatieren zu können, daß auf der Frauenseite viel weniger die künstliche Dauer-Ernährung der Fall ist und im allgemeinen die Gewichtstabellen der erregten Frauen günstiger sind, als dies bei den Männern der Fall ist. Es scheint daher, daß die größere Pflegegeschicklichkeit der „linden Hand" dabei eine Rolle spielt und ist man gespannt, was die Zukunft noch in den Einrichtungen der Pflege bringen wird.

In Kremsier (Mähren) wird der Dienst auf beiden Männer-Lazarettabteilungen von sechs Pflegerinnen versehen. Im Bericht von Zwiefalten heißt es: Die Verwendung weiblicher Pflegerinnen auf einer der Männerabteilungen hat sich auch im Berichtsjahre (1908) aufs beste bewährt.

Die Wärterinnen haben sich ebenso rasch an die männlichen Kranken, wie die Kranken an weib-

liche Pflege gewöhnt. Die Pflege der Kranken ist entschieden sorgfältiger, die Reinlichkeit größer und der Ton auf der Abteilung ruhiger geworden.

In Salzburg besteht das weibliche Pflegepersonal nur aus Ordensschwestern. Die Pflege auf den Männerlazaretten wird nur von Schwestern besorgt. Auch sind die zwei Stellen der Oberpfleger mit Schwestern besetzt. Pfleger und Kranke ordnen sich ihnen willig unter, Reibungen sind seltener geworden. „Die ersparten Mittel haben es ermöglicht, statt zweier Oberpfleger fünf Oberschwestern für die Männerabteilungen zu bestellen, was eine Schaffung kleinerer Pflegeeinheiten ergab und eine bessere Pflege ermöglichte." Friedmatt ist dazu übergegangen, versuchsweise die Wäscherinnen durch Wäscher zu ersetzen.

Es ist nicht zu bestreiten, daß es auf den Frauenabteilungen im allgemeinen sauberer und wohnlicher aussieht, es wird mehr auf Schmuck und gefälligeres Äußere gesehen als auf den Männerabteilungen; es erscheint daher der Versuch, diese weiblichen Eigenschaften auch der Männerseite zugute kommen zu lassen, wohl angebracht.

Ob sich aber für die Männerabteilungen genügend „gesetzte" Pflegerinnen werden immer finden lassen, bleibt zum mindesten zweifelhaft.

Zum Schluß sei noch der Besetzung zweier neuer Anstalten mit Pflegepersonal nach entgegengesetzten Prinzipien gedacht.

Nach Teupitz kam von den anderen Anstalten mit den Kranken schon gelerntes Pflegepersonal, das sich, trotzdem es zuerst manche gewohnte Bequemlichkeit missen mußte, bald gut einarbeitete. „Die Direktoren der anderen Landesirrenanstalten haben unter dem nach Teupitz überwiesenen Personal einen guten Stamm wohl ausgebildeten und zuverlässigen Personals abgegeben."

Dagegen hat Lüben, „nach den bei früherer Gelegenheit gemachten nicht gerade ermutigenden Erfahrungen des Direktors", grundsätzlich nur neues Personal eingestellt. Angebot war genügend da, allerdings mußten sehr viele als gänzlich ungeeignet wieder entlassen werden; in den ersten Jahren war der Wechsel unter den Pflegerinnen oft größer als überhaupt Stellen vorhanden waren. Allmählich gelingt es aber doch, langsam einen Stamm zuverlässigen Personals heranzubilden, wenn auch die Ausbildung noch manches zu wünschen übrig läßt.

(Fortsetzung folgt.)

Notiz.

Wie mir Herr Prof. Bleuler mitteilt, ist der in Nr. 36 S. 366 erwähnte Ärztewechsel im Burghölzli nicht so stark gewesen, als es nach dem Anstaltsbericht schien, da nur zwei wirkliche Personalwechsel stattfanden, die übrigen aber Titeländerungen waren. Die Unterassistenz-(Volontär-) arztstellen sind eigentlich für die Studenten geschaffen, und sollen vorschriftsmäßig viel wechseln. Der Verfasser.

Mitteilungen.

— **Das Gesundbeten gegen Bezahlung** widerspricht nach einem Urteile des Landgerichts III Berlin dem sittlichen Volksempfinden und dem öffentlichen Interesse an einer geregelten Gesundheitspflege im Volke. Ein Mann hatte sich, seine Frau und seine kleine Tochter bei einer Vertretung der „Christian-Science" in Behandlung gegeben und hierfür 60 M. in Raten gezahlt, war aber dann der Meinung, daß die Behandlung nicht viel geholfen habe, und klagte auf Rückgabe der Summe. Das Amtsgericht Charlottenburg wies den Kläger ab, seine hiergegen eingelegte Berufung wurde von der Zivilkammer des Landgerichts III Berlin jedoch für begründet erachtet. Das Urteil enthält die nachfolgenden wichtigen Ausführungen:

„Es würde mit gesunden sozialen Zuständen völlig unvereinbar sein, wenn der gewerbsmäßige Abschluß von Verträgen rechtliche Anerkennung fände, bei denen der Vertragswille der Parteien darauf gerichtet ist, daß die eine Partei gegen feste Bezahlung ihr angeblich besonders enges Verhältnis zu Gott benutzen soll, um einen angeblichen Eingriff übersinnlicher Kräfte in das Leben der anderen Partei herbeizuführen; der Glaube, daß jemand kraft besonderer göttlicher Gnade in der Lage sei, die Kranken zu heilen, mag in mehr oder minder weiten Kreisen bestehen; die Anmaßung einer solchen Heilkraft aber in Verbindung mit der Ausübung eines auf diese Heilkraft sich gründenden, den Gelderwerb bezweckenden Gewerbebetriebs widerstreitet dem allgemeinen Sittlichkeitsempfinden, zum mindesten der gebildeten Kreise als der Kulturträger, und kann daher rechtlichen Schutz nicht genießen. Außerdem erscheint das öffentliche Interesse an einer geregelten Gesundheitspflege im Volke dadurch gefährdet, daß durch den Einfluß der „Christian-Science" Kranke der sachgemäßen und rechtzeitigen Behandlung durch den Arzt, den berufenen Hüter der Gesundheit des Volkes, entzogen werden. Demnach muß Verträgen, wie dem zwischen Kläger und der Beklagten abge-

schlossenen, die rechtliche Anerkennung versagt werden, und daraus folgt die Rückzahlungspflicht der Beklagten." (Medizin. Klinik, 1911, Nr. 50.)

Referate.

— Hirschfeld, Magnus, Vierteljahresberichte des wissenschaftlich-humanitären Komitees. Jahrg. II. Leipzig, Max Spohr.

Der vorliegende zweite Jahrgang der Vierteljahrsberichte, die eine Fortsetzung des Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen darstellen, ist vor allem deshalb interessant, weil er die einschlägigen kritischen Äußerungen über die Stellungnahme der Vorentwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch zusammenstellt. Die Äußerungen, die sich gegen die Beibehaltung des bisherigen § 175 aussprechen, überwiegen; sehr lebhaft wird seine Ausdehnung auf das weibliche Geschlecht bekämpft.

Lesenswert sind die Mitteilungen über die männliche Homosexualität in England von J. Leo Pavia, der insbesondere Londoner Verhältnisse berücksichtigt. Aus den Mitteilungen ist hervorzuheben die ungeheure Bedeutung, die der Alkohol spielt, und die große Sinnlichkeit des englischen Naturells. Die Schilderung der rechtlichen Verhältnisse (Erpresser als Kronzeugen) wirkt geradezu erschreckend. Der Herausgeber gibt sein Gutachten wieder, das er in der Aufsehen erregenden Mordaffaire Breuer erstattet hat, und beweist an der Hand von Material die Häufigkeit von Morden an Homosexuellen.

Auch diesmal enthält der Jahresbericht eine kritische Bibliographie, die einen guten Überblick über die belletristische und wissenschaftliche Literatur homosexuellen Inhalts gibt.

— Fischer, Dr. phil. Ph., und Hoppe, Oberarzt Dr. J., Über Bromkalzium-Harnstoff (Ureabromin). Aus dem chemischen Laboratorium der Landesheilanstalt Uchtspringe, Altm. (Direktor: Prof. Dr. Alt). Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 41.

Bei der Brommedikation ist es wichtig, Ausscheidung durch die Nieren- und Herztätigkeit anzuregen. Daher wurden ein Diuretikum, Harnstoff, und ein Herzanregungsmittel, Kalzium, mit Brom verbunden. Dieser Bromkalzium-Harnstoff (Ureabromin, von Gehe & Co., A.-G., Dresden, dargestellt) hat die Zusammensetzung $Ca\,Br_2\,4\,CO\,(NH_2)_2$, bildet glänzende, farb- und geruchlose Kristalle oder ein weißes Pulver, schmilzt bei 186^{0} C, ist etwas hygroskopisch, löst sich leicht in Wasser und in Alkohol, schmeckt kühlend und etwas bitter und hat einen Bromgehalt von 36%. Das Brom des Bromkalzium-Harnstoffs wird schneller ausgeschieden als das der alkalischen Bromverbindungen; Kranke, welche bereits Brom-Intoxikationserscheinungen, besonders Bromakne hatten, verloren diese in kurzer Zeit (etwa zwei Wochen) völlig, ohne die gefürchteten Folgen einer Bromentziehung. Bei Kranken mit darniederliegender Herztätigkeit, die schon längere Zeit an die Bromverordnung gewöhnt waren, hob sich fast regelmäßig auf Ureabromin der Blutdruck und wurde die Herztätigkeit regelmäßiger; Dauer der herzanregenden Wirkung etwa vier bis sechs Wochen. Bei vermindertem Kalziumgehalt des Blutes, der häufigen Ursache gesteigerter Muskelerregbarkeit, wurde das Blut sehr bald mit Kalzium angereichert und erreichte der Kalziumgehalt bald die normale Höhe, die Wirkung auf die erhöhte Muskelerregbarkeit war gleichzeitig eine sehr deutliche. Etwa fünf bis sechs Wochen nach Erreichung des normalen Kalziumgehalts des Blutes stellten sich — besonders bei rachitischen, epileptischen oder spasmophilen Kindern — Schwankungen der Kalziummenge ein und wurde meist die Kalziummenge größer als normal unter gleichzeitiger Rückkehr der früheren erhöhten Erregbarkeit der Muskeln. Ureabromin wird daher zweckmäßig bei diesen Zuständen nicht auf die Dauer gegeben, sondern besser eine Zeitlang durch ein Bromalkali ersetzt. Die Kalziumverbindungen mit Harnstoff werden anscheinend sehr gut resorbiert und schnell ins Blut übergeführt, der Kalziumgehalt des Urins stieg regelmäßig nach Ureabromin sehr schnell an. — Recht günstig wird die Epilepsia (s. Chorea) elektrika durch Ureabromin beeinflußt. Der Status epilepticus schwindet in außerordentlich kurzer Zeit nach intravenöser Injektion von Ureabromin, sofern die Lösung den gleichen osmotischen Druck und dieselbe Alkaleszenz wie das Blut hat. Bei regelmäßiger Verabfolgung von Ureabromin wurden nicht nur Harnsäure, sondern auch andere Stoffe, wie z. B. Indikan, in vermehrter Weise durch den Urin ausgeschieden, was für Behandlung toxischer Epilepsie wichtig. Magistralformel für Krankenhäuser: (bei gemischter Kost)

Sol. Ureabromin 40:300
2 bis 3 Eßlöffel täglich für Erwachsene,
2 bis 3 Teelöffel täglich für Kinder.

Bei Status epilepticus rektal mindestens 4 bis 6 g. Intravenös etwa 4 g in einer Lösung, deren osmotischer Druck und Alkaleszenz denen des Blutes entspricht.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Anstalten „am Steinhof" bei Wien.** Dem Regierungsrat Direktor Dr. med. Heinrich Schlöß ist vom Deutschen Kaiser der Rote Adlerorden III. Klasse verliehen worden.

— **Gießen.** Prof. Dr. med. et phil. R. Sommer wurde zum Geheimen Medizinal-Rat ernannt.

— **Posen.** Am 1. Januar 1912 scheidet der Direktor der Irren- und Idiotenanstalt Kosten Dr. Scholz auf seinen Antrag aus dem Provinzialdienste aus. Die Verwaltung dieser Direktorstelle ist dem bisherigen 1. Oberarzt der Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen Sanitätsrat Dr. Freiherrn v. Blomberg übertragen worden. An seine Stelle tritt der 1. Oberarzt der Irrenanstalt Obrawalde Dr. Wickel. Oberarzt Dr. Christoph in Obrawalde erhält die 1. Oberarztstelle in Kosten. Der bisherige Inhaber dieser

Stelle 1. Oberarzt Dr. Fickler wird in gleicher Eigenschaft nach Obrawalde versetzt. Die kommissarische Verwaltung der zweiten Oberarztstelle in Obrawalde erhält der bisherige Anstaltsarzt Dr. Knust.

Über die Modifikation der Wassermannschen Reaktion nach von Dungern. Von Dr. Otto Roth, Zürich. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1911, Nr. 8.)

Vergleichende Prüfung der Wassermannschen Reaktion und der vereinfachten Methode nach von Dungern bei 40 Patienten ergab zunächst, daß die Dungernsche Reaktion niemals positiv ausfällt bei negativer Wassermannscher Reaktion. Dagegen scheint die vereinfachte Reaktion etwas weniger empfindlich zu sein, als die Originalmethode. Da aber niemals fälschlich positive Resultate erhalten wurden, glaubt Autor das neue Diagnostikum überall da empfehlen zu können, wo kein größeres serologisches Institut in der Nähe ist.

A lues serodiagnostikájának újabb módositásai a gyakorlati életben való kiviteluk szompontjabol. Von Gali Geza. (Budapesti Orvosi Ujság 1911 Nr. 11.)

Nach ausgedehnter Benutzung der vereinfachten Methode der Wassermannschen Reaktion nach von Dungern kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß dieses Verfahren sehr wohl brauchbar ist, aber eine gewisse Übung voraussetzt. Auf diejenigen Fragen, welche der praktische Arzt womöglich rasch beantworten muß, gibt es eine vollständig zuverlässige Antwort. Das Verfahren ist höchst einfach, das Instrumentarium billig, so daß einer ausgedehnten Verbreitung nichts im Wege steht. Über die von Perutz und Hermann beschriebene Reaktion, Auflockerung der Sera durch Natriumglycocholat und Cholesterin, sagt G., daß es noch weiterhin an einem großen Material versucht werden müsse, um einerseits über die Natur der Übergangsformen, andererseits über die Empfindlichkeit der Reaktion ein Urteil zu gewinnen.

Zur medikamentösen Therapie der Hyperacidität. Von Dr. Rudolf Roubitschek (Karlsbad), Ass. d. Poliklinik. (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911 Nr. 19.)

Während seither bei der Behandlung der Hyperazidität das Bestreben vorherrscht, entweder den übersauren Magensaft abzustumpfen, oder die Bildung bezw. das Bestehen einer abnormen Saftsekretion zu hemmen, haben die Arbeiten von Kauffmann und Aldor auf einen neuen Weg gewiesen. Es wurde ein Zusammenhang der bei Hyperazidität resultierenden Schmerzen und der verringerten Schleimsekretion gefunden und dies führte zur Verwendung des die Schleimsekretion steigernden Wasserstoffsuperoxydes. Verfasser hat diese Therapie in 35 Fällen nachgeprüft. Die Patienten erhielten nüchtern 300 ccm einer $\frac{1}{2}$%igen Wasserstoffsuperoxydlösung aus Perhydrol und bei ungenügender Wirkung auch eine $\frac{3}{4}$–1%ige Lösung. Die Behandlung dauerte durchschnittlich 14 Tage. Bei 80% der Fälle trat Erfolg ein, und zwar bleiben die Patienten während einer dreimonatlichen Beobachtungsdauer noch vollkommen beschwerdefrei. Die übrigen 20% betrafen Erkrankungen, die mit Hypersekretion und Motilitätsstörungen kompliziert waren und sich demnach nicht für das Verfahren eigneten. Feste Wasserstoffsuperoxydpräparate (MgO_2, Hopogan, Magnodat) wirken unsicherer und viel langsamer.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. —
Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der neuen Großh. Badischen Heil- u. Pflegeanstalt Wiesloch bei Heidelberg ist eine

Hilfsarztstelle

zu besetzen. Anfangsgeh. 2000 M. und mehr, je nach Vorbildung, dazu freie Station. Regelmäßige Zulagen. Etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste.

Gesuche werden an den unterzeichneten Anstaltsdirektor erbeten.

Medizinalrat Dr. Max Fischer.

Wo kann ich sparen?

So fragt sich mancher Anstaltsleiter . . . . Nun, z. B. bei der Zubereitung des Kaffees, indem Sie gleich anderen Krankenanstalten zum regelmäßigen Gebrauch von Enrilo, übergehen. In der Ausgiebigkeit seiner unschädlichen gewürzigen Bestandteile liegt seine Billigkeit und sein Vorteil für den wirtschaftlichen Betrieb.

ENRILO G. m. b. H., Berlin W. 35.

Wilhelm Petersen
Seefischhandlung
Geestemünde-Fischereihafen

Kraft u. Appetit
aus
Fleisch, Chinarinde.
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
L. & H. VIAL & UHLMANN, FRANKFURT a. M.

■ ■ Maximal-Fieber-Thermometer ■ ■

aus Jenaer Normalglas mit gelb hinterlegten Quecksilberröhren, sehr leicht ablesbar, in 23 cm langen ff. pol. Holzbüchsen à Dutzend Mk. 10,—, dieselben in 13 cm ff. Nickelhülsen à Dutzend Mk. 9,—. **Minutenthermometer (Maxima)** in 13 cm ff. Nickelhülsen à Dtzd. Mk. 10,—. **Maximalthermometer,** oval, ganz aus Glas, oben zugeblasen, mit fest eingeschmolzener Milchglasskala in 13 cm ff. Nickelbüchsen à Dtzd. Mk. 10,—. Nur genau kontrollierte mit Prüfungsschein versehene, **garantiert zuverlässige** Instrumente kommen zum Versand.

■ **Adelhold Heinse,** Armeelieferant in **Mellenbach** i. Thür. ■
■ **Fabrik ärztlicher Thermometer und Glasartikel zur Krankenpflege.** ■

Stellengesuche.

Kurhaus für Nervöse und innere Kranke sucht zum baldigen Eintritt **jungen unverheirateten, evangelischen**

Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 3000 M. pro Jahr bei freier Station. Offerten unter **F. U. N. 560** an die Exp. d. Bl.

An der neuen **Großh. badischen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch** bei Heidelberg ist eine

Hilfsarztstelle

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2000 M. und mehr je nach Vorbildung, dazu freie Station. Regelmäßige Zulagen. Etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste.

. Ferner ist eine

Medizinalpraktikantenstelle

frei.

Bewerbungen werden an den unterzeichneten Anstaltsdirektor erbeten.

Medizinalrat Dr. **Max Fischer.**

Dr. med., 34 J., evangelisch, $2^1/_2$ pathol. anat. und bakteriol., $4^1/_2$ Jahr chir. gynäkol. ausgebildet, selbständiger Operateur, 5 Monate psychiatrisch tätig, **sucht,** da er nur Neigung zu klinisch-wissenschaftlicher Arbeit hat, **Stellung im psychiatrischen Dienst** mit Aussicht auf baldige feste Anstellung. Offerten unter **B. D. 2101** an die Expedition dieses Blattes erbeten.

An der **psychiatrischen Klinik** und **Nervenpoliklinik zu Königsberg i. Pr.** ist die

2. Assistenzarztstelle

vom 1. Januar 1912 zu besetzen.

1500 Mk. Gehalt, freie Wohnung und Nebeneinnahmen.

Meldungen an den **Direktor.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 826.

Nr. 39. 23. Dezember **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Über die Fortschritte des Irrenwesens. Von Dr G. Werner in Bedburg. (Fortsetzung). (S. 389.)
Mitteilungen (S. 394): Geheimrat Krone's Jubiläum. — Referate (S. 395). — Personalnachrichten (S. 396.)

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Fortsetzung.)

Klinisches.

Da die wissenschaftlichen Arbeiten aus Irrenanstalten in der Regel in den Fachzeitschriften erscheinen, die Anstaltsberichte übrigens nicht für die Aufnahme solcher Arbeiten dienen können, so darf es nicht wundernehmen, wenn die Ausbeute in dieser Hinsicht nur gering ist. Ich beschränke mich daher darauf, nur Einzelheiten zu bringen, die vielleicht Interesse verdienen dürften.

Voraus bemerkt sei noch, daß vereinzelte Anstalten in ihren Berichten Titel, Verfasser und Ort der Publikation der im Berichtsjahre aus der Anstalt hervorgegangenen wissenschaftlichen Arbeiten aufführen. Es wäre sehr erwünscht, wenn dieser Brauch ein allgemeiner würde und könnte dann hier eine Aufstellung aller wissenschaftlichen Anstaltsarbeiten erfolgen.

Über die Selbstmorde bemerkt die Sonnenhalde sehr richtig, daß sie zur Symptomatologie der psychischen Erkrankungen gehören, wie Blutstürze zu derjenigen der Lungentuberkulose, wie Schlaganfälle zu derjenigen der Arterienverkalkung. Sie werden sich niemals, trotz bester Bewachung, ganz vermeiden lassen. Fast für alle Krankheitsformen könnte man Beispiele anführen. Zahlreich sind die Selbstmordversuche der Hysteriker, die vielleicht nicht immer ernst gemeint sind. Dagegen gelingt es den Melancholikern öfters, ihre Absicht auszuführen. So hatte sich in der Waldau eine schwermütige Pensionärin sehr gebessert, war heiter und vergnügt, so daß ein Besuch bei Verwandten in der Stadt gestattet wurde, doch benutzte Patientin die erste Gelegenheit, an einen nahen See zu fahren und sich in der Nacht an einer seichten Stelle zu ertränken. In Lübeck versuchte ein Ehemann, der mit seiner achtjährigen Tochter die melancholische Mutter besuchte, sich selbst nebst Frau und Kind zu erschießen. Er wurde zu drei Monat Gefängnis verurteilt unter Zubilligung mildernder Umstände, da die Motive zur Tat nicht unedle gewesen waren.

Auch die Ermordung eines Kranken, wahrscheinlich durch einen anderen, ist zu beklagen. Beide waren in Pfullingen gemeinschaftlich, wie seit längerer Zeit, spazieren gegangen, kamen jedoch eines Abends nicht zurück. Der eine wurde mit durchschnittener Vena jugularis aufgefunden, der andere stellte sich einige Zeit später wieder ein, der Verdacht des Mordes fiel auf ihn, doch war nichts nachzuweisen, und gestand er die Tat nicht ein.

In Göttingen wurde eine ruhige arbeitende Frau, als sie von der Waschküche nach der Anstalt über einen öffentlichen Weg zurückkehren wollte, von einem Lastfuhrwerk überfahren und starb an den Folgen der Verletzung. Der Vorfall zeigt, wie gefährlich es ist, wenn öffentliche Straßen das Anstaltsterrain durchkreuzen. Auf derselben Straße sollte auch eine Kranke mittels eines Wagens entführt werden.

Von Selbstbeschädigungen sei eine Hysterika in Kremsier erwähnt, welche sich eine alte Operationsnarbe am Bauche mit einer Schere aufschlitzte und Roßhaare hineinstopfte. Erst durch das starke

Fieber wurde man aufmerksam. Zwei Monate später zerschnitt sie sich die bereits vernarbte Wunde mit einer Spiegelscherbe und verletzte sich auch am äußeren Gehörgang. Ein notorisch erregter Kranker klemmte den Arm so zwischen das Ende seiner Bettstelle und die Wand, daß er sich durch kräftiges Herumwerfen des Körpers den Oberarm abdrehte. Die Heilung des komplizierten Oberarmbruchs nahm bei dem Widerstand des Kranken erhebliche Zeit in Anspruch; ferner biß sich eine an gänzlicher Gefühllosigkeit leidende Kranke unter der Bettdecke zwei Glieder des rechten Fingers ab. Ein Patient in Weißenau zog sich durch anhaltendes Schreien eine Luxation des Unterkiefers zu. Ein Kranker hatte in Emmendingen versucht, sich den Hodensack abzuschnüren und benutzte später ein Messer, das er aus der Buchbinderei entfernt hatte, zu gleichem Zweck. Die Verletzung heilte gut aus.

In einer anderen Anstalt versuchte sich eine Patientin die Labien abzuschnüren. Ein verbrecherischer Geisteskranker verschluckte, um in die chirurgische Klinik zu kommen, von wo er zu entfliehen gedachte, ein 12 cm langes Eisenstück und starb 10 Monate später daran in Dziekanka. Endlich sei noch eine unruhige Kranke in Zwiefalten erwähnt, die mit einer inoperablen inkarzerierten Hernie eingeliefert wurde. Diese brach nach außen durch, es bildete sich eine Kotfistel, die später wieder zuheilte.

Von interessanten Sektionsergebnissen sei der Tod an Gehirnechinokokkus in Kosten, ein Ileus durch eine verschluckte 5 cm lange Seefischgräte in Dziekanka, ein Gehirntumor bei Epilepsie in Kremsier erwähnt. In Kosten starb ein Patient an einem durch ein Pleura-Empyem infizierten Aneurysma, das multiple Abszesse verursacht hatte. Königsfelden erwähnt ein akutes Delirium bei Wirbelkaries mit Senkungsabszeß und eine ungewöhnlich schwere Chorea mit akuter febriler Endokarditis nebst starkem Verworrenheitszustand. Ebenda begann eine Paralyse einer 50jährigen dreimal verheirateten Frau mit doppelseitiger Erblindung. In Untergöltsch zog sich durch gieriges Verschlingen ein Kranker eine Perforation der Speiseröhre in die Aorta zu. Ein anderer bekam durch Verschlucken einer Kastanie einen Speiseröhrenabszeß. Bei der Sektion eines Katatonikers fand sich ein Herzabszeß, den er sich durch einen vor mehr als drei Jahren erhaltenen Stich zugezogen hatte und der ohne Erscheinungen geblieben war. In Lüben fand man eine Dermoidzyste des Ovariums mit Haaren, Zähnen usw. vor.

Das Gehirngewicht wird in Kaufbeuren und Bayreuth berechnet, und zwar betrug das Durchschnittsgewicht in Kaufbeuren

1908 von 13 männl. nichtparalytischen Gehirnen unter 70 Jahr 1290 g,
von 14 weibl. nichtparalytischen Gehirnen unter 70 Jahr 1170 g,
von 4 weibl. nichtparalytischen Gehirnen über 70 Jahr 1007 g,
von 20 männl. paralytischen Gehirnen 1217 g,
von 4 weibl. paralytischen Gehirnen 977 g,
1909 von 12 männl. nichtparalytischen Gehirnen 1257,25 g,
von 18 weibl. nichtparal. Gehirnen 1161,38 g,
von 12 männl. paralyt. Gehirnen 1090,3 g,
von 4 weibl. paralyt. Gehirnen 1037,5 g,
schwerstes männl. Gehirn 1497,0 g,
schwerstes weibl. Gehirn 1375 g,
leichtestes männl. Gehirn 820 g,
leichtestes weibl. Gehirn 825 g,
in Bayreuth:
Durchschnittsgewicht der Männergehirne 1279,5 g,
Durchschnittsgewicht der Frauengehirne 1153,3 g,
schwerstes Männergehirn 1435 g,
schwerstes Frauengehirn 1370 g,
leichtestes männl. Gehirn 1070 g,
leichtestes weibl. Gehirn 990 g.

Was die Differentialdiagnose der Paralyse betrifft, so ist Neustadt mit der Methode der Eiweißbestimmung im Liquor cerebrospinalis nach Nonne recht zufrieden. Sämtliche Fälle von progressiver Paralyse ergaben bei Phase I positive Reaktion, ebenso bei Lues cerebrospinalis und multipler Sklerose. Negativ war das Resultat bei Epilepsie, funktionellen Psychosen und Alkoholismus, auch bei sicher akquirierter Lues. Besonders zuverlässig waren die Resultate im Anfangsstadium der Paralyse. Über die Wassermannsche Reaktion finden sich keine Angaben.

Illenau behandelt Paralytiker mit Mergal (Riedel), vorläufig ohne Erfolg.

Einen auffallenden Rückgang in der Zahl der Paralysen konstatiert Stephansfeld; seit 1902 hat die Zahl der wegen Paralyse Aufgenommenen 10% der Aufnahmen nicht mehr überstiegen.

Der Vollständigkeit halber sei hier auch der einzigen Erwähnung der Freudschen Analyse gedacht in dem Bericht der drei Potsdamer Anstalten. „Diese Analyse erschien in ihrer Wirkung höchst fraglich und ihre Anwendung bei den für dieselbe ja am ehesten noch in Betracht zu ziehenden pathologischen

weiblichen Fürsorgezöglingen mehr als fragwürdig. Hier erscheint ein „Noli me tangere" weit mehr am Platze, als die Aufrollung zurückliegender sexueller Erlebnisse."

Der Bericht der Alsterdorfer Anstalten von 1909 bringt einen Aufsatz über „die Einteilung der Zöglinge einer Idiotenanstalt mit Rücksicht auf ihre körperlichen Gebrechen". Die Idioten wurden darin eingeteilt erstens in diejenigen mit abnormer Kopfform, die auf ein unausgebildetes oder abnorm gebildetes Gehirn schließen läßt, und zweitens in diejenigen, bei denen die aus der abnormen Gehirnbeschaffenheit entstehenden Folgen, Lähmungen und Wachstumshemmungen der Glieder, Veitstanz oder schüttellähmungsartige Bewegungen im Vordergrund stehen. Verfasser findet bei Verkürzung der Schädelhöhe und Abflachung der Stirn die günstigsten Vorbedingungen für Epilepsie, denn von 42 Idioten, die diese Merkmale aufwiesen, waren 13 epileptisch. Von den Hydrozephalen wird konstatiert, daß sie intellektuell durchweg über den Mikrozephalen stehen, da sie die größere Hirnmasse, trotz des Hirnwassers haben, wenn auch häufiger Störungen der Augen, durch Druck auf die Nervi optici und Kontrakturen sowie Lähmungen der Glieder zu verzeichnen sind. Unterabteilungen bilden die Turmschädel und die Großköpfe mit der sogen. olympischen Stirn, bei denen die Schläfen- und Stirngegend sich bombenförmig über den Grund des Schädels vorwölbt.

Die zweite Gruppe bilden die Mikrozephalen, mit oft erstaunlich geringem Gehirngewicht. So hatte ein dreijähriges Kind nur 156 g Hirnmasse, während dieselbe beim normalen Neugeborenen schon 385 g beträgt.

Die dritte Gruppe bilden die Porenzephalen, deren Gehirn einen Porus, ein Loch aufweist, das durch Zerfall der Gehirnsubstanz bei schweren Gehirnentzündungen, meist vor der Geburt, entsteht. Die meisten Porenzephalen sterben sehr früh. Man findet später epileptische Krämpfe, Lähmungen, Asymmetrie der Kopf- und übrigen Körperteile, sowie einen eigenartigen Gang.

Die vierte Gruppe bilden die Mongoloiden mit spitzem Kopf, schlichtem und straffem Haar, breiter und flacher Nase, sowie der Mongolenfalte über den oberen Augenlidern. Außerdem besteht eine abnorme Schlaffheit und Beweglichkeit der Gelenke, die Schienbeinknochen sind ganz gerade und nicht wie sonst ganz leicht gekrümmt, der innere Fußrand ist gehoben, als Übergang zum Kletterfuße.

Die fünfte Gruppe wird gebildet von den Kretins, deren Merkmale hinreichend bekannt sind. Die Anstalt konnte mit Thyreoidinbehandlung bisweilen sehr gute Resultate erzielen.

Die sechste Gruppe wird von den an englischer Krankheit leidenden, schwachsinnigen Kindern gebildet, die sehr oft Verkrümmungen der Wirbelsäule, der Glieder und Lähmungen sowie Kontrakturen aufwiesen. Eine besondere Form bildet der Aztekenschädel mit stark fliehender Stirn, so daß der Schädel eine Pultform aufweist.

Die siebente Gruppe bilden die hereditär luetischen Kinder, deren Nase öfters zerstört ist. Außerdem findet man noch häufiger Augenleiden, Gehörstörungen, Mißbildungen der Zähne, Narben an den Lippen und Unterschenkeln. Ein zwölfjähriges Mädchen, die Tochter eines luetischen Vaters und ihrer eigenen Schwester, hatte Seh- und Gehstörungen, war hochgradig schwachsinnig, litt an Mikrozephalie und englischer Krankheit.

In die achte Gruppe rechnet Verfasser die Athetosen, in die neunte Gruppe die Akromegalen.

Zu der zehnten Gruppe zählen schließlich die geistesschwachen Krüppel mit abnorm vielen oder wenigen Zehen, absonderlicher Behaarung etc., körperliche Anomalien, die an und für sich noch keine geistige Minderwertigkeit voraussetzen lassen.

Forensisches, Fürsorgezöglinge.

Es ist ein häufig beklagter und bitter empfundener Mißstand, daß wir in unseren Irrenanstalten auch geisteskranke Verbrecher in oft sehr hohen Prozentsätzen verpflegen müssen. Die Leute passen nicht in den Rahmen dieser Anstalten mit der Tendenz freiheitlicher Behandlung. Sie verhetzen die Kranken, neigen zu Beschwerden und Streitereien und sind mit ihren großspurigen Redereien oft tonangebend auf der Abteilung, da sie vielfach über die relativ größte Intelligenz verfügen. Es ist auch für die Angehörigen der geistig kranken Patienten gewiß kein angenehmes Gefühl, das kranke Familienmitglied ständig unter Verbrechern zu wissen. Und das Pflegepersonal kann mit Recht behaupten, nicht für Kriminelle, sondern für Geisteskranke angestellt zu sein. Man ist daher dazu übergegangen, für die geisteskranken Verbrecher eigene Bewahrungsanstalten bezw. „feste Häuser" zu bauen. Unter den vorliegenden Berichten finden sich An-

gaben des Göttinger Provinzialverwahrungshauses, des festen Hauses in Rybnik, der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim in Sachsen und der Abteilung für Geisteskranke an der Strafanstalt zu Bautzen. Die Rheinprovinz besitzt ein Bewahrungshaus in Düren an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, das zweite ist der Arbeitsanstalt zu Brauweiler angegliedert, das dritte kommt nach der neu eröffneten Heil- und Pflegeanstalt Bedburg bei Cleve. Es stehen dann 168 Betten zur Verfügung.

Das Verwahrungshaus in Göttingen wurde im Juli 1909 mit 39 Kranken eröffnet. Bis auf Einzelheiten entsprach das Haus den gestellten Erwartungen. Es ist übersichtlich und bietet reichlich Gelegenheit, die Kranken mit allerlei Arbeit zu beschäftigen. Da viele die Zwecklosigkeit der Entweichungs- und Auflehnungsversuche eingesehen haben, ist mancher sonst unsozialer Kranker ruhig und geordnet geworden. Wirkliche Arbeit verursachen die chronischen Halluzinanten und Katatoniker, aber für diese gibt es ja zwei Mittel: Bettruhe und eventuell Bäder, die auch bei den aufsässigen Leuten, mit möglichst häufigem Wechsel der Lagerstätte, angewandt werden. Die Hauptsache ist natürlich die ständige und genaue Kontrolle durch das reichlich bemessene Pflegepersonal, dem nach seinem ungewöhnlich anstrengenden Dienst ein besonderes Wärterhaus zur Verfügung steht, wo es nachts schlafen kann und auch seine Mahlzeiten in zwei Schichten einnimmt.

Auch das feste Haus in Rybnik, das 1909 mit 40 „ausgesuchten" Leuten aus ganz Schlesien bezogen wurde, hat sich bewährt. Die Kranken fühlen sich relativ wohl, arbeiten ziemlich und treiben in der Freizeit auffallend viel Musik. Es wird sehr über Mangel an Arbeitskräften geklagt, da nach einer Ministerialverfügung Leute, „die mit dem Strafgesetze in schweren Konflikt gekommen sind, nicht mehr auf Arbeitsstätten außerhalb ihrer Abteilung beschäftigt werden sollen, damit nicht, wenn diese Leute Gelegenheit zum Entweichen finden sollen, sie auch gleich wieder die Gelegenheit sich nehmen dürfen, wieder Straftaten auszuführen, damit die Allgemeinheit schädigend und den Gerichten schwere und unnötige Arbeit aufbürdend. Diese Vorschrift gilt auch für diejenigen Kranken, welche, obwohl sie Strafdelikte verübt haben, doch nicht zur Verurteilung gelangt sind, weil der Tatbestand des § 51 StrGB. vorlag, also die schon krank waren, als sie ihre Delikte zur Ausführung brachten."

Der Bericht von Waldheim, das rund 190 Köpfe verpflegen kann, betont, daß unter den 103 Neuaufnahmen bei 20 eine ausgesprochene Geistesstörung nicht nachgewiesen werden konnte, „doch war ein großer Teil derselben als geistig minderwertig zu erkennen." Unter den 83 Geisteskranken wurde festgestellt als Diagnose:

einfache Seelenstörung bei . . .	65	=	78,3 %
paralytische Seelenstörung bei .	3	=	3,6 %
Epilepsie mit Seelenstörung bei .	6	=	7,2 %
Imbezillität	9	=	10,9 %.

Als Krankheitsursachen kamen vornehmlich Erblichkeit, angeborene Anlage, Alkoholmißbrauch und Einzelhaft in Betracht. Rechnet man die zwanzig geistig Minderwertigen und neun Imbezillen zusammen, so ergibt sich unter den Kriminellen ein hoher Prozentsatz (28,12) von Psychopathen, geistig minderwertigen Personen sowie der um eine Stufe tiefer stehenden Imbezillen. Und gerade sie bilden als Grenzzustände einen großen Teil der Beobachtungsfälle, die juristisch ganz verschieden beurteilt werden. So sind unter den 28 nach § 81 StPO. in Heidelberg 1908 eingelieferten Fällen als geisteskrank nach § 51 StGB. erachtet: zwei imbezille Geschwister (Blutschande) und ein pathologischer Schwindler (Betrug, Urkundenfälschung), während als nichtgeisteskrank erachtet wurden: 7 Psychopathen (zweimal Haftpsychose mit Einbruch und Brandstiftung, 1 Sittlichkeitsverbrechen, 1 Exhibitionismus, 1 Mord, 1 Wucher, 1 Alkoholismus mit Mord, 4 Imbezille (Sodomie, Diebstahl, Raubversuch, Alkoholismus mit Betrug) und eine pathologische Persönlichkeit mit pseudologistischen Zügen: Urkundenfälschung, Betrug, Unterschlagung. Es rührt dieser scheinbare Widerspruch eben daher, daß für die richterliche Entscheidung nicht die klinische Diagnose, d. h. die Gesamtbewertung der Persönlichkeit maßgebend ist, sondern die Beantwortung der Frage: war der Betreffende zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Bewußtlosigkeit, die seine freie Willensbestimmung ausschloß? Hinzu kommt noch der Umstand, daß es dem freien Ermessen des Richters anheimgestellt ist, sich dem Gutachten des Sachverständigen anzuschließen oder nicht. Daß dies nicht immer der Fall ist, geht auch aus unsern Berichten hervor, z. B. wurde in Alt-Strelitz gegen das ärztliche Erachten die Bestrafung durch den Richter ausgesprochen. In einem in Weilmünster beobachteten Falle wählte das Gericht einen Mittelweg. Dort hatte der 20 Jahre alte E. M. einen mit seiner Familie verfeindeten Mann ermordet. Die Beobachtung ergab, daß es sich um einen mit körperlichen Degenerationszeichen behafteten, seit langen

Jahren stotternden und besonders auf ethischem Gebiet schwachsinnigen Menschen handelte. „Das Gericht hielt seinen Schwachsinn für nicht so hochgradig, daß seine Freisprechung hätte erfolgen müssen, verurteilte ihn aber nur wegen Totschlag zu einer mehrjährigen Gefängnisstrafe." Nach dem ärztlichen Gutachten war Freisprechung anzunehmen. Schloß sich der Richter dem nicht an, so mußte er, da auf Mord nur Todesstrafe steht, eigentlich auch dazu verurteilt werden. Man zog aber seine ethischen Defekte quasi als verminderte Zurechnungsfähigkeit, die aber unser Gesetz nicht kennt, in Betracht und verurteilte ihn nun wegen Totschlags.

Da der Richter nach der bestehenden Gesetzgebung und den Entscheidungen des Reichsgerichts eigentlich jedem beweisen muß, daß er zurechnungsfähig ist*), kam ein Landgericht zur Freisprechung eines Studenten der Technischen Hochschule in L., der Tafeln und Abbildungen aus wertvollen Werken der Bibliothek entwendet hatte. Der Vater machte die erbliche Belastung geltend, während die Beobachtung in Conradstein weder zur Zeit der Tat noch während der Beobachtungszeit eine Geistesstörung feststellen konnte. Die Strafkammer beim Landgericht in D. nahm indessen an, daß erhebliche Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten beständen und sprach ihn frei.

Es wäre eine lohnende und interessante Aufgabe gewesen, sämtliche Beobachtungsfälle daraufhin zu untersuchen, wie sich all die psychiatrischen Ansichten und Theorien in die Praxis vor dem Richterstuhl umsetzen lassen. Bildet doch die Sachverständigentätigkeit eine der wenigen Gelegenheiten, wo der Psychiater aus den abgeschlossenen Mauern der Irrenanstalt hervor an die Öffentlichkeit treten kann. Freilich eines großen Wohlwollens von seiten der Laien und des Gerichts hat sich der Psychiater von vornherein nicht zu versehen, wenn auch in der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle — wenigstens nach den Anstaltsberichten — das Urteil sich seinem Gutachten anschließt. Weicht nun einmal das Urteil von dem der öffentlichen Meinung ab, so ergießt sich die Schale des Zornes über den unglücklichen Psychiater, der doch nur wie jeder Sachverständige seine Ansicht geäußert hat. Eigentlich müßte sie sich gegen den Richter wenden, der das Urteil nach seinem Ermessen gefällt hat.

Leider ist aber eine verwendbare Zusammenstellung der Beobachtungsfälle mangels genügender Angaben nicht möglich und muß ich daher darauf verzichten.

Eine weitere Frage von eminenter Wichtigkeit ist die Versorgung des wegen § 51 Freigesprochenen. Es ist ja ohne weiteres zu verstehen, wenn jemand, der wegen Trunksucht, Imbezillität usw. freigesprochen ist, glaubt, nun einen Freibrief zu haben, weiteres Unheil anrichten zu können, da ihn ja doch niemals die volle Schwere des Gesetzes treffen darf. Der Richter hat ja jedesmal nur zu entscheiden, ob er zurechnungsfähig ist oder nicht. Der Unzurechnungsfähige muß eben freigesprochen werden. Damit wird allerdings die Verhandlung wesentlich vereinfacht, das allgemeine Wohl kommt aber dabei zu kurz. Recht drastisch illustriert dies ein von Münsingen in der Schweiz mitgeteilter Fall, wo ein schwer belasteter, chronischer Alkoholiker in einem Dämmerzustande versucht hatte, das von ihm bewohnte Haus mit Dynamit in die Luft zu sprengen, um sich selbst und die Hausbewohner zu vernichten. Das Gutachten erklärte zwar den Mann mit Recht für völlig unzurechnungsfähig, betonte aber die Notwendigkeit der Unterbringung in einer abstinent gehaltenen Anstalt wegen Gemeingefährlichkeit. Die Geschworenen erklärten, daß kein Verbrechen vorliege, damit war der Mann straffrei und die Frage seiner Internierung hinfällig. Natürlich wurden hinterher die Psychiater beschuldigt, den Übeltäter der gerechten Strafe entzogen zu haben. Es ist dieser Ausgang um so wunderlicher, als sonst auf Korrektionshaus und später Arbeitsanstalt auch in der Schweiz erkannt wird.

Nun hat allerdings das Gericht das Recht, einen Freigesprochenen der Polizei zu überantworten. Ob aber diese dabei immer das Richtige trifft, bleibt zum mindesten zweifelhaft. Es wird derartige Individuen meistens den Korrigenden- und Landarmenhäusern überweisen, ohne dabei die Ansicht eines Psychiaters zu hören. Wie sich dabei die weiteren Schicksale dieser Haltlosen, Trunksüchtigen und Psychopathen gestalten, sehen wir in dem äußerst lesenswerten Bericht des Direktors von Teupitz „Über die psychiatrische Untersuchung der Häftlinge". Für den Neubau der Anstalt Teupitz war ein Korrigendenkommando aus Strausberg von 66 Mann hinbeordert, das einen höchst fragwürdigen Eindruck machte. Die psychiatrische Untersuchung ergab denn auch, daß 33, also gerade die Hälfte „geistig und körperlich derartig heruntergekommen waren, daß sie nicht mehr in eine Korrigendenanstalt, sondern in eine Pflegeanstalt für Geisteskranke gehörten; acht davon waren direkt geisteskrank", die

*) Cf. Aschaffenburg: Die psychiatrische Sachverständigentätigkeit. Fortschritte der Medizin, 1911, Nr. 9.

übrigen waren durch Trunksucht herabgekommene, haltlose, alters- und geistesschwache Landstreicher. Der darüber 1907 an den Landesdirektor erstattete Bericht hatte zur Folge, daß auf dessen Anordnung alle Häftlinge der Landesarmen- und Korrigenden-Anstalten in Strausberg, Landsberg und Prenzlau psychiatrisch untersucht wurden. Das Ergebnis der Untersuchung teilt die Korrigenden in drei große Gruppen ein:

I. 233 arbeitsscheue Landstreicher, ohne nachweisbare größere Defekte, nur ein Sechstel wegen Diebstahl, Einbruchsdiebstahl, Betrug bestraft. Diese eignen sich für die Nachhaft, während die zweite Gruppe sich nicht dafür eignet. Es sind dies:

Gruppe II, 283 Häftlinge, darunter A. 42 Imbezille, geistig Minderwertige, moralisch Schwachsinnige. In Strausberg waren sechs Zuhälter darunter.

B. 225 Trinker, davon besserungsfähig in Trinkerheilstätten 35, unverbesserliche Trinker ohne stärkere Defekte, aber haltlos 124, geistig und körperlich Defekte mit Arteriosklerose und Alkoholdemenz 49, Trinker mit verbrecherischen Neigungen 17.

B. 16 körperlich sieche Häftlinge, für das Landarmenhaus geeignet.

Gruppe III, 140 Geisteskranke, welche der Pflege in einer Landesirren- oder Pflegeanstalt bedürfen. Es befanden sich darunter:

1. 20 Idioten und Imbezille,
2. 18 Fälle von Dementia praecox,
3. 7 chronisch Verrückte,
4. 75 senil Demente,
5. 16 Epileptiker mit Seelenstörung,
6. 2 schwachsinnige Taubstumme,
7. 2 Paralytiker.

Unter 658 Häftlingen befinden sich somit 182 = 28,7 % anstaltspflegebedürftige Geisteskranke. Das sind unbefriedigende Ergebnisse der heutigen Behandlungsweise dieser Kategorie von Geisteskranken.

Verfasser untersucht dann des weiteren die Gründe dafür und kommt zu dem Schluß, daß sie durch die Unkenntnis bedingt sind, welche über das Irresein in vielen juristischen und leider auch weiten ärztlichen Kreisen herrscht.

Ferner kommt hinzu, daß die richterliche Vernehmung und die ärztliche Untersuchung, welche sich fast stets nur auf den Körper erstreckt und den Geisteszustand unbeachtet läßt, meist nur sehr summarisch ist. „Geistige und körperliche Hemmungen, Willensschwäche, Energielosigkeit werden meist als Arbeitsscheu beurteilt und disziplinarisch behandelt", während sie doch der Ausfluß einer kranken Psyche sind, die der Häftling eher zu verbergen als hervorzukehren sucht, denn er weiß: am Ende der auch noch so langen Korrektionshaft winkt doch wieder die goldene Freiheit, während der einmal für geisteskrank erklärte wohl dauernd in einer Anstalt bleiben muß. Es ist also die Simulation krankhafter Zustände viel unwahrscheinlicher wie die Dissimulation derselben.

Verhängnisvoll für viele Häftlinge ist auch das absolute Schweigegebot, das zur Folge hat, daß „ein Korrigend wie der andere aussieht und einer sich wie der andere verhält". So kommt es, daß der Anstaltsarzt, der dies auch nur im Nebenamte ist und keine psychiatrische Vorbildung besitzt, sehr leicht selbst schwerere Geisteskrankheiten übersehen kann.

Hoffen wir, daß auch hierin die Reform des Strafgesetzbuches bestehende Übelstände beseitigen wird. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Geheimrat Krohne's Jubiläum.** Am 9. Dez. feierte der Dezernent für das Gefängniswesen im preußischen Ministerium des Innern, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. jur. h. c. Krohne, der Reformator der preußischen Gefängnisse, seinen 75. Geburtstag. Krohne, der nunmehr fast 50 Jahre in der Gefängnisarbeit steht, war zuerst Geistlicher, wurde später Strafanstaltsdirektor und Anfang der 90er Jahre Vortragender Rat im preußischen Ministerium des Innern, dem er unter einer ganzen Reihe von Ministern gedient hat. Der Neubau vortrefflicher Zellengefängnisse in Wittlich, Anrath, Lüttringhausen, Wohlau, Breslau und Saarbrücken und der Aus- und Umbau von zahlreichen älteren Anstalten sowie die Einrichtung und Organisation einer Anzahl Irrenbeobachtungs-Abteilungen sind sein Werk. Sein ganz besonderes Verdienst aber ist es, alle diese Bauten, die im In- und Auslande als vorbildlich gelten, mit einem außerordentlich geringen Aufwand von Mitteln durchgeführt zu haben. Gleichzeitig hat Krohne, dem eine seltene Erfahrung auf dem gesamten Gebiet des Gefängnisdienstes zur Verfügung steht, der inneren Organisation der Anstalten durch praktische Dienstanweisungen und Schulung des Beamtenkörpers seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Hierher gehört insbesondere auch die Einschränkung der viel getadelten Unternehmerarbeit in den Strafanstalten zugunsten von Regiearbeiten für

staatliche Betriebe und die Beschäftigung von geeigneten Gefangenen in Landesmeliorations-Arbeiten. Unter den zahllosen wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen Krohnes sind sein vortreffliches Lehrbuch der Gefängniskunde, seine Abhandlung im Jagemann-Holzendorffschen Handbuch des Gefängniswesens, sein Werk „Grundsätze über den Bau und die Einrichtung von Zellengefängnissen" und der mit Oberbaurat Uber gemeinschaftlich herausgegebene Atlas der Gefängnisse und Strafanstalten im Bereiche des Ministeriums des Innern sowie seine Abhandlung im Handwörterbuche der Staatswissenschaften zu nennen. Dem außergewöhnlich rüstigen Jubilar ist eine noch recht lange Tätigkeit in seiner wichtigen Stellung zu wünschen.

Referate.

— Vorschulze-Leipzig, Dr., Epilepsie und Eleptin. Allgemeine Medizinische Zentral-Zeitung, 1911, Nr. 39.

Neben Brom genießt das Zink als Heilmittel gegen Epilepsie schon seit mehr als hundert Jahren einen großen Ruf auf Grund der Tatsache, daß die Reflexerregbarkeit bei Tieren, welchen das Mittel in großen Dosen verabreicht wird, herabgesetzt wird. Unter den Zinksalzen ist das Zinkoxyd das beliebteste. Neben Phenacetin und Borsäure hat man in manchen Fällen mit Kochsalz günstige Erfahrungen gemacht. Verf. beschreibt einige Fälle von Epilepsie, die mit einer „Kombination der bewährten Heilmittel Brom, Zinkoxyd, Borax, Phenacetin, Kochsalz und einiger anderen, wie sie das Laboratorium für Therapie zu Dresden herstellt und unter dem Namen Eleptin in den Verkehr bringt, behandelt sind."

„Die Ergebnisse dieser Beobachtungen sind dahin zusammenzufassen, daß die therapeutische Verwendung von Eleptin bei Epilepsie vorzügliche Erfolge zeigt. Wenn auch bei dem eigentümlichen Charakter der Krankheit eine definitive Heilung niemals mit voller Bestimmtheit vorauszusehen ist, so bedeutet es immerhin einen nicht zu unterschätzenden Gewinn, ein Medikament zur Hand zu haben, welches die epileptischen Anfälle unterdrückt oder ihre Intensität erheblich mildert."

— In the twenty-first Annual Report of the State Commission in Lunacy of the State Newyork for the year from Oktober 1. 1908 till September 30, 1909 in Assembly berichtet die Staatsirrenkommission über 31540, und zwar 15107 männliche und 16433 weibliche Kranke, welche am 30. September 1909 in den öffentlichen und Privatanstalten des Staates Newyork in Behandlung standen.

Es kamen 30490 auf die Staatsanstalten mit Einschluß der Strafirrenanstalten Matteawan und Dannemora und 1127 auf die Privatirrenanstalten. Die Zunahme der Kranken in den öffentlichen Staatsanstalten betrug im Berichtsjahre 1015, den Strafirrenanstalten 54 und den Privatanstalten 14, zusammen also 1083.

Im speziellen waren am 1. Oktober 1908: 13313 Männer, 15035 Frauen, zusammen 28348 verblieben.

Im Berichtsjahre waren, und zwar:

	M.	Fr.	Zus.
Erstaufnahmen	2737	2404	5141
Wiederaufnahmen	644	688	1332
Freiwillige Aufnahmen, u. z.			
Erstaufnahmen	43	38	81
Wiederaufnahmen	31	40	71
Aufnahme d. Transferierungen	374	376	750
Gesamtaufnahmen	3829	3546	7375
Die Gesamtzahl der Verpflegten betrug	17142	18581	35723
Die tägliche Durchschnittszahl der Verpflegten war	13524	15321	28845
Der Gesamt-Fassungsraum der Spitäler ist angegeben mit	12824	14541	27383
Also betrug der Überbelag	700	780	2480

Entlassen wurden als:

	M.	Fr.	Zus.
Geheilt	788	734	1522
Sehr gebessert	120	108	228
Gebessert	455	428	883
Ungebessert	283	229	512
Als nicht geisteskrank, und zwar			
Trinker	34	4	38
Intoxikationen	10	3	13
Andere nicht Geisteskranke	29	21	50
Gestorben sind	1321	1053	2374
Transferiert wurden	368	372	740
Verblieben sind am 30. Sept. 1909	13734	15629	29363

Die Gesamtausgaben für die Verpflegung dieser Kranken betrugen 5210810,11 oder 180,67 Dollars (= 903,35 Kr.) pro Kopf und Jahr.

Für Neubauten wurden 1076573,62 und für die Erhaltung der Werkstätten 74735,50 Dollars verausgabt.

Für die Erhaltung der State Commission in Lunacy, des ärztlichen Inspektors, des pathologischen (psychiatrischen) Institutes (für Fortbildungskurse der Ärzte), für die Ärztekommission auf Ellis Island zur Abtransportierung nicht zuständiger Geisteskranker in die respektiven Staaten der U. S. A. und nach den verschiedenen Ländern der vier Erdteile wurden 123267,54 Dollars aufgewendet.

Es folgen nun die spezifizierten Berichte über die Ausgaben für Beheizung, Beköstigung, Reparaturen etc. der einzelnen Staatsspitäler in recht übersichtlicher Form.

Die Vorschläge mit erläuternden Tabellen zur Gehaltsaufbesserung des Apothekers und der anderen Bediensteten, der Pfleger und Pflegerinnen zeigen, daß die amerikanischen Behörden ein Herz für ihre Angestellten haben. Die Steigerung der einzelnen Gehälter beträgt 10 bis 20% der bisherigen Bezüge.

Es waren 171 Ärzte in den 13 Anstalten angestellt, oder es kamen 169 Kranke auf einen Arzt, der einen sechswöchigen Jahresurlaub beanspruchen darf.

3423 Pflegepersonen betreuten die Kranken, oder es kamen 8,43 Kranke auf eine Pflegeperson. Selbst-

verständlich gibt es für den Nachtdienst eigene Pflegepersonen.

Die Vorschläge der Kommission in Lunacy für Verbesserungen und zur Beseitigung des Überbelages in den einzelnen Spitälern, der Errichtung eines Stadtasyles in Newyork City, der üblichen jährlich sich wiederholenden Feststellung des Fassungsraumes in den einzelnen Staatsanstalten und der Vorschlag der Erbauung einer neuen Irrenanstalt, welchem sechs instruktive Bilder mit allen notwendigen Erläuterungen der respektiven Fachleute, der Geldforderungen beigegeben sind, zeigen den Ernst und Eifer der Behörde für die Sache.

Es wurden 478 geistig abnorme Personen von den einzelnen Anstalten und 165 andersstaatliche Geisteskranke von ebenda in die Anstalten der respektiven Länder der verschiedenen Kontinente und der Staaten der U. S. A. unter strengster Beobachtung der Gesetze der Humanität und mit sicherer Begleitung abtransportiert.

Es folgt eine gute Beschreibung der verhältnismäßig wenigen Unglücksfälle in den einzelnen Anstalten, in denen am 20. und 21. Oktober (Central Islip), am 15. und 16. Dezember 1908 (Hudson River), am 20. und 21. Januar (Utica), am 25. und 26. März (Middletown) und am 18. und 19. Mai 1909 (Willard) die Direktorenkonferenzen stattfanden, deren Besprechungen ausführlich in den „State Hospitals Bulletins“ veröffentlicht werden.

Der Bericht des ärztlichen Inspektors Dr. William L. Russel ist auch heuer sehr instruktiv und lehrreich, lesenswert.

Sehr reichhaltig ist der 131 Druckseiten umfassende Bericht des Direktors des psychiatrischen Institutes auf Wards Island. Hier finden auch die Fortbildungskurse für die Anstaltsärzte statt, welche sehr gut frequentiert sind. Die Kosten dafür trägt selbstverständlich der Staat.

Vom Board of Alienists auf Ellis Island wurden 1081 Ankömmlinge zur weiteren Untersuchung und Behandlung ihres Geisteszustandes in die Anstalten nach Newyork City gesandt und 590 gegen 394 des Vorjahres in die einzelnen Heimatländer rückgesendet.

Es war ein guter Gedanke, die einzelnen mehr weniger einförmigen Jahresberichte der respektiven Anstalten in einem summarischen übersichtlichen Bericht zusammenzuziehen, wodurch nicht nur das Volumen des Berichtes wohltuend verringert, sondern auch besonders für den Fernstehenderen unnötiger Ballast über Bord geworfen wurde.

Einen großen Raum des stattlichen Bandes nimmt mit Recht the seventeenth Annual Report of the State Charities Aid Association to the State Commission in Lunacy mit den angehängten Inspektorenberichten der einzelnen Staatsanstalten ein, welcher alles Wissenswerte über das Irrenwesen und seine Reform im Staate Newyork enthält. Wir müssen wegen Raummangels den Leser auf die Lektüre dieses Abschnittes besonders verweisen.

Die Statistik der Irren mit zahlreichen erläuternden Karten und gut gearbeiteten Tabellen beschließen den lesenswerten stattlichen Band.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Cassel.** Ernannt: Der Abteilungsarzt Dr. med. Giese am Landeshospital Haina zum Oberarzt, der Abteilungsarzt auf Probe Dr. med. Heller zu Haina endgültig zum Abteilungsarzt für die Irrenanstalten des Bezirksverbandes.

— **Göttingen** (Sanatorium „Rasemühle“). Dem Oberarzt des Sanatoriums für Nervenkranke der Provinz Hannover „Rasemühle“ bei Göttingen, Dr. Quaet-Faslem, ist von der Hannoverschen Provinzialverwaltung der Titel „Leitender Arzt“ verliehen worden.

Am 4. d. Mts. hielt die Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas“, Berlin, ihren **100. Röntgenkursus**, der von einer großen Anzahl Ärzten besucht war. Herr Dr. Schnee gab einen Rückblick auf die Entwicklung der „Sanitas“ Röntgen-Kurse, an welchen bis jetzt 4000 Ärzte des In- und Auslandes teilgenommen haben. Dieser zahlreiche Besuch allein spricht schon für die große Wertschätzung dieser Kurse in Aerztekreisen.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Veifa-Werke, Frankfurt a. Main bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 40. 30. Dezember **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Ergebnis aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze. Von Oberarzt Dr. Georg Eisath, Hall. (S. 397.) — Über die Fortschritte des Irrenwesens. Von Dr. G. Werner in Bedburg. (Schluß). (S 402.) Referate (S. 405.) — Personalnachrichten (S. 406.)

Ergebnis aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze *)

Von Oberarzt Dr. *Georg Eisath*, Hall.

Wenn man die Art und Weise beobachtet, wie in den verschiedenen Staaten die Irren-Fürsorge geordnet ist, so findet man keine Einheitlichkeit, sondern es bestehen weit voneinander abweichende Verhältnisse.

Die Irren-Fürsorge ist in den einzelnen Staaten in ganz mannigfacher Weise und nach verschiedenen Gesichtspunkten geregelt. In einzelnen Staaten und Ländern sind Irrengesetze eingeführt; in anderen wird die Irren-Fürsorge nur mittels Verordnungen und Statuten bestimmt. Zu den letzteren gehört auch Österreich.

Wenn man in den verschiedenen Staaten den Inhalt und den Zweck der Irren-Fürsorge ins Auge faßt, so kann man wiederum mehrere Gruppen unterscheiden, nach welchen die Fürsorge geordnet ist. Je nachdem man mehr die Fürsorge für den Kranken oder den Schutz der Gesellschaft vor den gefährlichen Eigenschaften des Geisteskranken hervorkehrt, begegnen wir den mannigfachsten Verfügungen.

Weitere Gesichtspunkte, nach welchen die verschiedenen Vorschriften für die Irrenversorgung in den einzelnen Staaten weit auseinandergehen, bilden der Umfang und die Ausdehnung der Irren-Fürsorge. In manchen Staaten ist für alle Geisteskranken Sorge getragen, in anderen ist nur für gewisse Gruppen von Geistesstörungen Vorsorge getroffen. In gewissen Staaten befassen sich die gesetzlichen Bestimmungen nur mit den öffentlichen Anstalten, während Privatanstalten überhaupt nicht vorgesehen sind.

Andere Gesetze befassen sich fast ausschließlich nur mit den nicht öffentlichen Anstalten. Wieder andere enthalten besonders genaue Bestimmungen hinsichtlich der Verpflegung der Geisteskranken in Familien, entweder in fremden oder in der Familie des Kranken. Nach dieser Richtung hin sind besonders gut ausgearbeitete Bestimmungen eingeführt in New-York, in Baden, Hessen, Belgien, Provinz Brandenburg und in jüngster Zeit auch in Niederösterreich, wo man bestrebt ist, in der Pflege der Geisteskranken in einer fremden Familie viel zu leisten und diese vorzügliche Form der Krankenbehandlung auszubilden.

Eine andere Art der Irren-Fürsorge richtet das Augenmerk auf die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken und hat nach dieser Richtung hin besonders genaue und scharfe Bestimmungen getroffen. Man kann ruhig behaupten, daß hier ein Staat dem andern den Rang abzulaufen bestrebt ist. Da treffen wir Vorschriften in Norwegen über tobende und rasende Geisteskranke, welche sogleich unterzubringen sind. In New-York muß ein Geisteskranker, dessen freies Herumgehen man gefährlich findet, vor den Richter gebracht und verwahrt werden. Die belgischen Gouverneure haben sich zu versichern, ob etwa in ihren Provinzen nicht Leute frei herumgehen, welche die öffentliche Ordnung oder die öffentliche Sicherheit gefährden. Besonders genaue Vorschriften über die gemeingefährlichen Geisteskranken treffen wir in verschiedenen deutschen Bundesstaaten. So ist in den preußischen Gesetzen vorgesehen, daß die Polizei für die Erhaltung der öffentlichen Ruhe und Sicherheit zu sorgen und daß sie Abwehr zu treffen hat gegen eine bevorstehende Gefahr, welche entweder dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben durch Geisteskranke erwächst. In Bayern ist gegen polizeiliche Strafe verboten, gemeingefährliche Geisteskranke umhergehen zu lassen. In Württemberg

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 6. Oktober 1911.

muß jeder, welcher für andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig ist, in Verwahrung gebracht werden. Ganz scharfe Vorschriften bestehen hierüber im Königreich Sachsen. Dort treffen wir dringliche Maßnahmen für Kranke, welche die Ruhe stören oder die Sicherheit und Sittlichkeit gefährden. Auch in Österreich bestehen Verordnungen, nach welchen die Sicherheitsbehörden das Recht haben, gemeingefährliche Kranke sowohl in öffentliche als private Anstalten einzuweisen.

Ein anderer Umstand, nach welchem sich die verschiedenen Irrengesetze und Verordnungen voneinander unterscheiden, besteht in der Behandlung der mittellosen Geisteskranken. Für die Armen ist in den verschiedensten Staaten vorgesorgt, so in Holland, Schweden, wo für dieselben Erleichterungen vorgesehen sind. Auch in den deutschen Bundesstaaten und in Österreich ist systemmäßig für die Behandlung der armen Geisteskranken Vorsorge getroffen. In New-York und Norwegen erfreuen sich die armen Irren fast der gleich guten Behandlung wie die Bemittelten. Eigenartige Irrengesetze nach dieser Richtung hin besitzen England und Schottland; hier besteht geradezu eine scharfe Scheidewand zwischen den armen und reichen Geisteskranken, und die Gesetzgebung befaßt sich ausschließlich nur mit den unbemittelten Kranken.

Wir haben nun in oberflächlicher Weise gesehen, nach welch verschiedenen Gesichtspunkten die Irren-Fürsorge durch die verschiedenen ausländischen Gesetze und Verordnungen geregelt ist. Dabei konnten wir beobachten, daß nach allen möglichen Richtungen die Versorgung und Behandlung der Geisteskranken ins Auge gefaßt und geregelt wurde. Die verschiedenen Gesetze sprechen von Irrenbehandlung in öffentlichen und Privatanstalten, in den einen Staaten sorgt man für alle Gattungen der Geisteskranken, in anderen erfahren gewisse Psychosen geringere Aufmerksamkeit und Obsorge; ungemein mannigfaltig und vielgestaltig sind die Bestimmungen über die gemeingefährlichen Kranken usw. usw. Aber eines vermissen wir. Uns als Ärzten muß das sofort auffallen, und es muß uns schmerzlich berühren. In fast keinem Irrengesetz ist der Standpunkt hervorgekehrt, daß der Irre nicht lediglich als Rechtsobjekt, sondern als Kranker zu betrachten ist. Man kann füglich behaupten, daß auch unter den neuesten und besten Irrengesetzen die wenigsten vom Gesichtspunkte ausgehen, daß man es in erster Linie mit Kranken zu tun hat, welche einer möglichst raschen und kunstgerechten Behandlung zuzuführen sind!

Da müssen wir Ärzte den Hebel einsetzen und im Staate Österreich einmal etwas Neues, von ausländischen Einflüssen Unabhängiges zu schaffen trachten. Ich rufe von der Stelle aus alle Psychiater des Reiches auf, sich zusammenzuscharen und mit allen Mitteln dahin zu wirken, daß unsere vorgeschrittenen und gut entwickelten Anstalten durch ein neues Irrengesetz nicht wieder zu Zuchthäusern degradiert, sondern zu Krankenhäusern im vollsten Sinne des Wortes ausgestaltet werden.

Nun drängt sich die Frage auf: in welcher Weise man für die Irren Obsorge treffen soll? Einer unserer hervorragendsten Psychiater, Schlager, hat hierüber ausführliche Vorschläge gemacht. Wer Stoff sammeln will zur Verfassung eines Irrengesetzes, der findet in den Schlagerschen Abhandlungen eine fast unversiegbare Fundgrube. Man muß allerdings sagen, daß viele Vorschläge, welche Schlager einstens machte, heute nicht mehr ganz zeitgemäß sind. Das Irrenwesen hat seit jener Zeit große Fortschritte gemacht. Sowohl hinsichtlich der Auffassung der Geistesstörung, als auch hinsichtlich des Zweckes, welchem die Heilanstalten zu dienen haben, sowie hinsichtlich der Behandlungweise von Geisteskranken haben sich ganz andere, grundsätzlich verschiedene Anschauungen eingebürgert. Man ist vom System einer möglichst sicheren Verwahrung abgegangen und hat eine schonende, kunstgerechte Behandlung an deren Stelle gesetzt. Aus diesem Grunde können die Leitsätze, welche Schlager angab, heute nicht mehr im vollen Umfang durchgeführt werden. Aber sie können im allgemeinen als Vorlage dienen, um einige wichtige Grundsätze für ein zu schaffendes Irrengesetz aufzustellen. Wenn wir Ärzte als obersten Leitsatz der Irrenversorgung den Satz aufstellen, daß die Irren nicht als Rechtsobjekt, sondern als Kranke zu behandeln sind, so muß vor allem von ärztlicher Seite gefordert werden, daß sich die Irrenversorgung auf alle Arten von Geisteskrankheiten erstreckt. In dieser Beziehung ist die Fürsorge in Österreich eine ziemlich allgemeine. Es wäre nur zu wünschen, daß den geistesgestörten Kindern und den Alkoholisten eine größere Aufmerksamkeit und eine weitgehendere Obsorge zu teil würde.

Eine weitere Folgerung, welche sich daraus ergibt, wird die sein, daß man den Geisteskranken eine möglichst rasche, eine möglichst kunstgerechte und nicht allzu kostspielige Behandlung angedeihen läßt. Da ist es von ganz besonderer Wichtigkeit, daß die Kranken möglichst schnell in Anstaltsbehandlung kommen, und das kann nur der Fall sein, wenn die Aufnahme in die Heil-

anstalt sehr einfach und leicht gemacht wird. Im Namen der Wissenschaft sowie im Interesse der Anstalten und der Kranken müssen wir Ärzte unablässig das Verlangen stellen, daß die Aufnahmebedingungen wesentlich vereinfacht werden, und wir müssen und werden uns mit allen Mitteln dagegen wehren, daß ein umständliches und verwickeltes Aufnahmeverfahren eingeführt wird. Die Furcht vor ungerechtfertigter Einsperrung, sowie die meisten Bedenken und Vorurteile über die Anstalten, welche noch gegenwärtig im Volk herumspuken, haben ihren Grund lediglich in einem Mißverständnis. Das Volk hält leider heutzutage noch vielfach die Anstalten für Zuchthäuser und nicht für Heilstätten. Klären wir das Volk auf und behandeln wir Ärzte die uns anvertrauten Kranken mit Geduld, Nachsicht und Liebe, dann wird jenes Entsetzen, das man vor der Irrenanstalt hat, ein sicheres Ende nehmen, dann werden alle strengen Aufnahmebestimmungen überflüssig sein und die Kranken werden ungezwungen die Heilstätten aufsuchen, wo Menschenfreundlichkeit und Nächstenliebe walten. Hier liegt der Angelpunkt, um den sich die ganze Entwicklung des Irrenwesens dreht.

Aus diesen Erörterungen geht hervor, daß in einem Irrengesetze der Krankenhauscharakter der Anstalten gewährleistet sein muß. Das ist unsere Hauptforderung. Mir ist es ein Rätsel, daß man diesem so billigen und selbstverständlichen Verlangen mit solchem Mißtrauen begegnet. In der bekannten Vorlage eines neuen österreichischen Irrengesetzes war der Krankenhauscharakter der Anstalten in keinerlei Weise zum Ausdruck gebracht. Das war ein Hauptgrund, warum wir Anstalts-Psychiater dagegen Stellung nahmen. Der Ärztekammertag in Brünn war der Meinung, nicht nur die Anstalts-Psychiater, sondern alle Ärzte, welche sich mit Psychiatrie abgeben, vertreten zu müssen, und deshalb lehnte er es ab, gegenüber dem vorgeschlagenen Irrengesetze Stellung zu nehmen. Den Psychiatern, welche nicht in Anstalten wirken, dürfte es ziemlich gleichgültig sein, ob die Anstalten Gefängnisse oder Krankenhäuser sind. In diesem Punkte haben wir Anstalts-Psychiater ein etwas feineres Empfinden und einen, Gott sei Dank, besseren Geschmack. Allein, ich halte unsere Kollegen, die nicht in Anstalten tätig sind, für so rechtlich und einsichtig, daß es ihnen zum mindesten gleichgültig, wenn nicht lieber ist, daß die Anstalten vollends den Charakter von Krankenhäusern annehmen. Aus diesem Grunde und mit Rücksicht auf die menschenfreundliche Absicht, welche unseren Forderungen zugrunde liegt, hätte der Ärztekammertag in Brünn eine humane Tat getan, wenn er den Forderungen der Irrenärzte mehr Rückhalt und Stütze geboten hätte!

Es wurde hervorgehoben, daß die Irren-Fürsorge in Österreich sich auf fast alle Arten von Geisteskrankheiten erstreckt. — So lautet die Theorie, in der Praxis aber schaut die Sache nicht ganz so vollkommen aus. Für jene Kranken, welche statutengemäß in den Heilanstalten behandelt werden müssen, ist genügend Vorsorge getroffen, es sind das die Heilbaren und Gemeingefährlichen. Allein die Kranken, welche weder heilbar noch gemeingefährlich sind, erfreuen sich nicht allerwegen einer zeitgemäßen und menschenwürdigen Pflege. Die Gemeinden haben vielfach keinen Sinn für die Irrenbehandlung und nicht selten findet man da und dort verwahrloste Geisteskranke in Verließen oder schmutzigen Spelunken untergebracht. Es wird für diese Kranken keine genügende Fürsorge sein, wenn sie der Obhut von Irren-Inspektoren unterstellt werden. Da muß in ganz anderer Weise vorgesehen werden. Wir müssen vom neuen Gesetze verlangen, daß es Pflegehäuser, Familienpflege und Irren-Fürsorgevereine vorsieht. Nur so wird es möglich sein, den unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Kranken eine menschenwürdige Fürsorge angedeihen zu lassen.

Wir brauchen nicht erst eine vergleichende Studie der Irrengesetze vorzunehmen, um beobachten zu können, daß die Anstaltsärzte in allen zivilisierten Staaten eine hervorragende gesellschaftliche Stellung einnehmen. Jeder von uns, der mehr oder weniger ins Ausland gekommen ist und dort mit den Kollegen verkehrt hat, wird diese Überzeugung mit sich heimgenommen haben. Ich erinnere nur an Baden und Italien. Wir sind es unserer Selbstachtung und unserer Standesehre schuldig. darüber zu wachen, daß ein neues Irrengesetz nicht gegen den Stand der Anstaltsärzte eine feindliche Stellung einnimmt. Wenn wir diese gerechte Forderung aufstellen, so soll damit nicht gemeint sein, daß wir eine staatliche Oberaufsicht über die Anstalten und über das Gebaren der Anstaltsärzte ablehnen; das liegt uns ganz ferne. Aber das können, ja das müssen wir verlangen, daß die Oberaufsicht des Staates nicht das Gepräge eines unerträglichen Bütteltums annimmt! Die Überwachung der Anstalten muß in solcher Weise durchgeführt werden, daß Ehre und guter Ruf der Ärzte in keiner Weise zu Schaden kommen. Heißt man das nicht die Standesehre der Anstaltsärzte in der empfindlichsten Weise schädigen, wenn man uns für befangen und unfähig erklärt, darüber zu urteilen, ob ein Kranker

der Anstalt bedürftig ist oder nicht. Man soll es einmal versuchen, die fachliche Tätigkeit der Juristen und Philosophen durch Melker oder Steinklopfer und wie die vorgesehenen „Vertrauensmänner" alle heißen, überwachen und begutachten zu lassen. Was würde da geschehen? — Und wenn wir uns gegen ein solches Ansinnen zur Wehr setzen, so nennt man das Unbotmäßigkeit, oder man sagt uns gar, wir hätten den Sinn des Gesetzes nicht richtig verstanden.

Wenn wir die gesunde Forderung aufstellen, man soll uns Fähigkeiten, die wir offenkundig besitzen, nicht schlankwegs absprechen, so müssen wir auf Grund der vergleichenden Betrachtungen fremdländischer Irrengesetze auch verlangen, daß man uns nicht Aufgaben und Pflichten vorschreibt, welche zu erfüllen wir nach menschlichem Ermessen nicht imstande sind. Ich erinnere an den berüchtigten Revers, welchen der Anstalts-Direktor bei der Entlassung eines Patienten ausstellen soll. Wenn auch beim Ärztekammertag in Brünn behauptet wurde, daß an einem solchen Revers nicht viel gelegen sei, daß derartige Reverse bereits in einzelnen Kronländern vorgeschrieben sind, so muß demgegenüber betont werden, daß der Revers für jemanden, welcher die Schwierigkeit der psychiatrischen Vorhersagen kennt, eine Ungeheuerlichkeit darstellt. Dieser Revers wird einerseits den Anstaltsärzten ungeheure Schwierigkeiten bereiten, andererseits aber dafür den Feinden unseres engeren Standes ungezählte Handhaben bieten, um die Anstaltsärzte herabzuwürdigen und deren Ansehen zu schädigen. Daß wir uns auch, wenn wir von den übrigen Kollegen im Stiche gelassen werden, gegen derartige Auswüchse eines Irrengesetzes zur Wehr setzen, wird jedermann, der einen Funken Rechtlichkeit im Leib hat, für selbstverständlich erachten. Dazu eifert uns übrigens ein flüchtiger Blick auf die ausländische Irren-Fürsorge mächtig an.

Daß wir Anstaltsärzte es als eine Kränkung und Zurücksetzung empfinden müssen, wenn man uns Agenden, welche zur Verbesserung unserer materiellen Lage beitragen, ohne jeglichen Rechtstitel abnimmt und anderen überträgt, sei hier nur nebenbei bemerkt. Auch diese Beleidigung ist durch das internationale Irrenrecht in keinerlei Weise begründet oder gerechtfertigt.

Leider sind wir nicht in der Lage, derartige originelle Eigenschaften eines geplanten Irrengesetzes gutheißen zu können, dafür aber könnte ein österreichisches Irrengesetz in manchen anderen Belangen vorbildlich ausgearbeitet werden. Die Irrenanstalten und deren Ärzte sind sehr häufig unbegründeten Beschimpfungen von seiten der Angehörigen, der Vormünder, der Gemeindevorsteher usw. ausgesetzt. Jedermann weiß, daß es der Tagespresse immer und überall freisteht, mutwillige Angriffe auf Ärzte und Anstalten zu vollführen. Und wir stehen derartigen Angriffen und Ungerechtigkeiten bis zu einem gewissen Punkt wehr- und schutzlos gegenüber. Wäre es bei gutem Willen nicht möglich, den Anstalten und deren Ärzten vor ungerechtfertigten Angriffen Schutz zu gewähren? Wir verkennen nicht die großen Schwierigkeiten, aber bei gutem Willen vielleicht ließe sich doch etwas machen.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß zwischen den Verfassern der Gesetzesvorlage und einem großen Teil der Anstaltsärzte grundsätzliche Mißverständnisse eingerissen sind. Wir stehen da vor einer rätselhaften Erscheinung und müssen uns fragen: wie ist es denn gekommen, daß zwischen den Behörden und den Ärzten ein solcher Spalt sich öffnen konnte? — Jede Erscheinung hat ihre Psychologie, und diese wollen wir kurz untersuchen. Es gibt mehrere Ursachen, welche das bedauerliche Mißverständnis bedingen; von diesen vielen soll nur eine hier nähere Behandlung finden.

Die Wahrheit ist manchmal hart und jeder hört sie nicht gern; das vermag jedoch vernünftige Männer nicht daran zu hindern, sie frei herauszusagen, weil nur durch Offenheit eine Verständigung angebahnt werden kann. In einzelnen Ländern unseres Reiches hat das Anstaltswesen sehr große Fortschritte gemacht. Diesen erfreulichen Aufschwung haben nicht die Regierung, noch die Sanitätsbeamten, noch Psychiater, welche außerhalb der Anstalt tätig sind, diesen Aufschwung haben auch nicht die Kliniker zustande gebracht, sondern in erster Linie die Anstaltsärzte selbst. In den Alpenländern wurden die Irrenanstalten ohne großen Lärm und ohne jegliche marktschreierische Zutat im Sinne des Krankenhauses umgestaltet. Wie aber aus der Vorlage eines neuen österreichischen Irrengesetzes herausgelesen werden muß, leben heute noch gewisse gesellschaftliche Kreise, denen es an Einsicht und Verständnis nicht fehlen sollte, der rückständigen Anschauung, daß die Irrenheilstätten Verwahrungshäuser sind, in welchen geisteskranke Verbrecher, Degenerierte usw. untergebracht werden können. Die einen machen Gesetze für Verwahrungshäuser, die anderen müssen diese Vorlagen, welche für ein Krankenhaus ganz und gar nicht taugen, ablehnen. Daß man sich um jene fundamentalen Umgestaltungen der öffentlichen Anstalten, welche diese in den verschiedenen Kronländern erfuhren, zu wenig kümmerte, und daß man der ganzen Entwicklung des Irrenwesens zu wenig

Aufmerksamkeit schenkte, muß gewissen juristischen und medizinischen Kreisen zum Vorwurfe gemacht werden. Aus dem Umstande, daß verschiedene Juristen und Mediziner, wie die Verhältnisse in manchen, aber nicht in allen Kronländern liegen, in der Auffassung des Irrenwesens um mindestens 20 bis 30 Jahre rückständig sind, läßt sich für die schweren Mißverständnisse, welche sich über die Vorlage eines neuen Irrengesetzes bemerkbar machten, eine zureichende Erklärung finden. Da liegt das Grundübel, welches zwischen Juristen und Ärzten einerseits und Psychiatern andererseits einen Riß verursachte, der bisher eine gegenseitige Verständigung nicht zustande kommen ließ.

Obzwar die Erörterung dieser Fragen nicht zum Wesen meines Themas gehört, so ergeben sich doch aus dem Vergleich der ausländischen Irrengesetze derartige Betrachtungen. Wir wollen doch nicht bei der Kritik stehen bleiben, sondern wir wollen bessere Verhältnisse herbeiführen, und um das zu erzielen, war es notwendig, das Übel kennen zu lernen. Und nun stehen wir vor der Frage: wie ist es möglich, die obwaltenden Mißstimmigkeiten zu beseitigen und einen engeren Zusammenschluß der österreichischen Psychiater zu erzielen?

Solange man fortfährt, die ethischen Interessen der Anstaltsärzte zu schädigen, solange man fortfährt, die Anstalts-Psychiater nur so zu werten, daß sie nicht imstande sind, ein Urteil zu fällen, ob jemand der Anstaltsbehandlung bedürftig ist oder nicht, ja solange man ihnen gar den Spott antut, zu behaupten, sie wären nicht imstande, den Sinn der Gesetzesvorlage zu verstehen, solange kann eine Annäherung nicht zustande kommen. Allein es ist nicht aussichtslos, daß wir doch in irgendeiner Weise die eingetretene Spaltung beheben können. Auch hier finden wir im Auslande richtige Wege gewiesen. Ein sächsischer Kollege, Dr. Ilberg, dessen Name den meisten von uns aus den Referaten im Neurologischen Zentralblatt bekannt ist, schreibt die klassischen Worte: „Die wissenschaftliche Kraftquelle des gesamten Irrenwesens soll die Universitätsklinik darstellen.“ Das ist auch uns aus der Seele gesprochen. Aber wie sollen die Worte Ilbergs bei uns in Österreich in die Tat umgesetzt werden?

Da müssen wir ein ernstes Wort an die Regierung richten. Sie wäre leicht imstande, die angedeuteten Verstimmungen und Mißverständnisse aus dem Wege zu räumen. Die Regierung soll an den Universitäten ein Werk der Belehrung und Aufklärung beginnen. Sie soll dafür Sorge tragen, daß den Richtern sowie den Verwaltungs- und Polizeibeamten ein richtiges Bild von dem Zweck und dem Betrieb einer modernen Heilanstalt beigebracht werde. Durch eigene Vorlesungen soll den Beamten ein wahres Bild vom Wesen und dem Betriebe einer kunstgerecht geführten Anstalt vor Augen geführt werden. Eine genauere Aufklärung über das Anstaltswesen würde auch den Amtsärzten und den Psychiatern, welche außerhalb der Anstalt tätig sind, nicht schaden. Diese beiden Gruppen von Kollegen befassen sich wohl mit der Psychiatrie, haben aber deshalb noch keinen richtigen Begriff vom Anstaltswesen, sofern sie nicht in Anstalten tätig waren. Zwischen Klinik und Anstalt ist einmal ein Unterschied. An der Klinik befaßt man sich hauptsächlich mit der Forschung auf dem Gebiete der Psychiatrie und noch mehr auf jenem der Neurologie und ist in der glücklichen Lage, alle unangenehmen Elemente in die Anstalten abzuschieben. Welche Schwierigkeiten und Leiden den Anstaltsärzten dadurch bereitet werden und in welcher Weise dadurch der Anstaltsbetrieb gestört wird, darum braucht man sich ja nicht zu kümmern. Ähnlich wie in der gerichtlichen Medizin die Amtsärzte und angehenden Beamten Unterricht bekommen, so sollen sie auch in die Kenntnis des Anstaltswesens eingeführt werden. Hätten wir eine derartige Einrichtung, so wären solche Mißverständnisse unmöglich zustande gekommen und die Einführung eines Irrengesetzes wäre sicher nicht mit so großen, schier unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden gewesen.

Allein wir können nicht erst von der Regierung die verlangte Aufklärungsarbeit an den Universitäten abwarten und dann erst an die Ausarbeitung eines Irrengesetzes herantreten. Die Regierung hat den Wunsch, die Irren-Fürsorge gesetzlich zu regeln, und da in unserem Reich nur ganz mangelhafte Verordnungen und Statuten vorliegen, so muß man den guten Willen der Regierung anerkennen und würdigen.

Die Frage ist nur, ob man derzeit in Österreich wohl ein richtiges Irrengesetz zusammenbringen wird. Wenn wir die ausländischen Gesetze betrachten, so sehen wir, daß sie zum großen Teil unter den Gesichtspunkten der Gemeingefährlichkeit und Störung der öffentlichen Ordnung ausgearbeitet sind. Hoche, Weber, Laehr und Kraepelin haben sich gegen derartige Irrengesetze ausgesprochen. Wir sind also nicht allein wenn wir ein derartiges Gesetz grundsätzlich ablehnen. Laehr hat über die Ausarbeitung von Irrengesetzen ein sehr richtiges Wort gesprochen, er meint, daß die Juristen, welche die Gesetze naturgemäß

machen, noch nicht die richtige Vorbildung haben. In betreff der Irrengesetze äußert Kraepelin die Ansicht, daß über viele Punkte die Ansichten und Erfahrungen heute noch nicht soweit geklärt sind, daß es sich empfehlen würde, ihnen schon die Form von Gesetzen zu geben. Neben diesen Bedenken kommt in Österreich in Betracht, daß zwischen den Großstädten und dem flachen Lande, sowie zwischen den einzelnen Königreichen und Ländern gewaltige Unterschiede herrschen, welche sich wohl nur schwer in eine knappe Gesetzesform fügen lassen werden.

Wenn in Österreich jetzt ein Irrengesetz ausgearbeitet wird, so kann es nach dem Urteil einsichtiger Männer nur ein Rahmengesetz sein, welches den einzelnen Ländern freien Spielraum und Entwicklungsfähigkeit gewährt. Wir können ruhig sagen, daß bei uns die Worte Laehrs über die Juristen, welche noch nicht die richtige Vorbildung haben, buchstäblich zutreffen. Man könnte sich derzeit mit einem Rahmengesetz behelfen. Wenn einmal die Juristen und die Amtsärzte die richtige Vorbildung in der Psychiatrie und im Anstaltswesen besitzen, und wenn die hauptsächlichsten Mißverständnisse zwischen Juristen und Ärzten beseitigt sind, dann erst wird man nach langen, langen Vorarbeiten — viribus unitis — ein ersprießliches Irrengesetz schaffen können.

Diskussion.

Starlinger weist auf das badische Irrengesetz hin, in dem weder das Wort „Gemeingefährlichkeit" noch das Wort „Detention" enthalten sei. Es genüge das Zeugnis eines Arztes. Er verweist auf das Zusammenarbeiten der Kliniken und Anstalten im Deutschen Reiche und beklagt, daß wir in Österreich in den Kliniken das lebendige Gefühl für die Irrenanstalten in dem Maße, wie wir es erwarten müßten, vermissen.

Über die Fortschritte des Irrenwesens.

Vierter Bericht.

Nach den Anstaltsberichten erstattet von Dr. *G. Werner* in Bedburg bei Cleve.

(Schluß.)

Es sei hier noch mit einigen Worten einer Kategorie von Kranken gedacht, die wir in jeder Anstalt vorfinden und die doch nur bedingt hineingehören, ich meine die Fürsorgezöglinge. Die Frage der Fürsorgeerziehung und alles dessen, was damit zusammenhängt, ist ja in letzter Zeit ausführlich erörtert worden und ist hier nicht der Ort, darüber näheres zu berichten. Fragen wir uns, wie kommt ein Fürsorgezögling in die Irrenanstalt, so lautet in den meisten Fällen die Antwort: wenn das Fürsorgeheim mit dem betreffenden Zögling nicht mehr fertig wird. In das Gefängnis soll er nicht nach den heutigen Anschauungen, das Fürsorgeheim weiß nichts mehr mit dem Zögling anzufangen, also bleibt als ultima ratio das Irrenhaus. Nun ist es ja zweifellos, daß diese Fürsorgezöglinge zum größten Teile geistig minderwertige, psychopathische Individuen sind, die man mit vollem Recht deswegen als leicht Geisteskranke bezeichnen kann und deren Aufenthalt in einer Irrenanstalt deshalb als berechtigt erscheint. Doch passen unsere Anstalten nicht dafür, denn sie sind für Erwachsene berechnet. Es fehlt ihnen jede Möglichkeit, durch schulmäßigen Unterricht auf die Psyche dieser Kranken irgendwie einzuwirken, sie haben nur in den seltensten Fällen dort die Gelegenheit, ein Handwerk zu erlernen, um sich später ihr Brot selbst verdienen zu können. Meistens werden sie irgendwo untergesteckt, wo Platz ist. Sehr viele sind dauernde Insassen der unruhigen Abteilungen, wohin sie wegen ihrer oft auftretenden Widersetzlichkeiten und ihrer Indisziplinierbarkeit kommen. Dort sehen und hören sie aber allerlei, was für ihre jugendliche und noch eindrucksfähige Psyche gerade am allerungeeignetsten ist und weswegen man gerade bestrebt ist, sie den verderblichen Einflüssen des Gefängnisses zu entziehen.

Sie kommen also doch wieder dahin, was durch die Umgehung des Gefängnisses vermieden werden soll: in das für sie ungeeignete Milieu. Ist nun die psychiatrische Behandlung deswegen ganz zu verwerfen? Im Gegenteil, sie hat viel früher einzusetzen und nicht erst dann, wenn es zu spät ist. Der Psychiater hat schon im Jugendfürsorgeausschuß zu sitzen, er ist dem Fürsorge-Richter als ständiger psychiatrischer Sachverständiger beizugeben. Die Jugendfürsorgeausschüsse*) bestehen heute z. B. in Hamm aus 1. dem Bürgermeister oder dem Beige-

*) Die Jugendfürsorgeausschüsse von Dr. jur. A. Kloß. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 5. Jahrgang.

ordneten, der die Waisenratssachen bearbeitet, als Vorsitzendem; 2. dem evangelischen Geistlichen, der den Vorsitz im Presbyterium führt; 3. dem leitenden katholischen Geistlichen; 4. dem dienstältesten evangelischen; 5. dem dienstältesten katholischen Elementarschulleiter. Erscheinen diese nun durch ihre Stellung dazu ohne weiteres geeignet, der psychiatrischen Seite gerecht werden zu können? Von dem Bürgermeister oder Beigeordneten möchte man es von vornherein bezweifeln, weil ihnen die dazu nötige Vorbildung fehlt. Bleiben also noch die Geistlichen und Lehrer. Ersteren liegt ja, wie aus dem oben zitierten Bericht „Über die psychiatrischen Untersuchungen der Häftlinge" hervorgeht, häufig die psychiatrische Beurteilung der Häftlinge ob. Es heißt da: „Die Leute werden bezeichnet als beschränkt, geistig fast völlig abgestumpft, durch Trunk völlig heruntergekommen, völlig haltlos, hat alle Energie verloren, ist innerlich völlig tot, völlig energieloser, willensschwacher Vagabund, vollständig unwissend, völliger Mangel an Selbsterkenntnis, Trübung des klaren Denkens, hat gar keine Kenntnisse. Von einem Epileptiker heißt es: hat zuweilen seinen richtigen Verstand nicht. Ähnliche Äußerungen des Anstaltsgeistlichen kehren häufig wieder; es ist also häufig dem Anstaltsgeistlichen das normwidrige Verhalten des Häftlings aufgefallen; diese Äußerungen gehören nur ins psychiatrische übersetzt." Auf die letztere Bemerkung möchte ich das Hauptgewicht legen. Die Urteile des Geistlichen mögen völlig richtig sein, sie konstatieren aber nur eine Tatsache und gehen nicht auf den Grund derselben ein. Es ist doch von eminenter Wichtigkeit zu wissen, warum jemand unwissend ist, hat er aus äußeren Ursachen, Krankheit oder sozialen Verhältnissen die Schule nur mangelhaft besucht, war er nicht bildungsfähig (Imbezillität), oder hat er erworbene Kenntnisse wieder verloren (Dem. praecox); „hat jemand seinen richtigen Verstand nicht" (siehe oben), weil er Epileptiker ist, oder weil zurzeit ein Hemmungszustand besteht (Katatonie), oder ein hysterischer Dämmerzustand, ist ein „verstockter" imbezill, kataton, hysterisch, depressiv. Alle diese Fragen können auch bei einem Fürsorgezögling auftauchen, doch wäre es unbillig, die wissenschaftliche Beantwortung dieser Fragen von einem Geistlichen zu verlangen.

Es liegt ferner kein Grund vor, anzunehmen, daß die psychische Beurteilung durch den Elementarschullehrer wissenschaftlicher als durch den Geistlichen ist. Ich kann es mir schlechterdings nicht vorstellen, daß ein Schullehrer nach psychiatrischer Weise vorgehen würde. Die Fragen nach dem Unterscheidungsvermögen, nach der Urteilskraft, Gedächtnisfragen, liegen ihm doch völlig fern, und selbst wenn er es täte, kann er die Antworten auf seine Fragen richtig bewerten? Wer konstatiert und bewertet körperliche Degenerationszeichen? Aus alledem geht hervor, daß, wie oben gesagt, der Psychiater auch stets befragt werden soll. In Hamburg wird z. B. nach dem Bericht von Dr. jur. A. Schultz*) jeder Jugendliche vor der Hauptverhandlung psychiatrisch untersucht, da es sich herausgestellt hat, daß fast zwei Drittel aller Jugendlichen, die vor dem Strafrichter zu erscheinen haben, geistig minderwertig sind. Ich möchte damit jedoch durchaus nicht etwa den Wert der Beihilfe durch Frauenvereine und sonstige von echter Menschenliebe erfüllte Personen herabsetzen, zugunsten des Psychiaters. Die großen und glänzenden Erfolge dieser Hilfstätigkeit sind anerkannt und unbestritten, aber ich möchte doch glauben, daß sie mit Hilfe der Psychiater noch besser sein würden. Die Aufgaben, namentlich sozialer Art, sind so unendlich groß und mannigfaltig, daß für jeden, der helfen will, zur Betätigung in der seinem Beruf und seiner Anschauungsweise entsprechenden Art noch reichlich Platz ist, so daß Reibungen nur selten vorkommen werden.

Daß die Behandlung der Fürsorgezöglinge nach ärztlichen und pädagogischen Prinzipien Gutes zu leisten vermag, geht aus dem ersten Bericht der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische, der Idiotenbildungsanstalt „Wilhelmstift" zu Potsdam und der Erziehungsanstalt „Bethlehemstiftung" hervor. Die Bethlehemstiftung beherbergt 36 Zöglinge, die beiden anderen Anstalten haben neben ihren übrigen Kranken zusammen 61 Fürsorgezöglinge. Allen drei Anstalten ist gemeinsam, daß in ihnen Unterricht systematisch erteilt wird und man darauf sieht, den Insassen ein gewisses Maß von Kenntnissen beizubringen. Das Ergebnis der Revision durch einen Regierungs- und Schulrat lautet: „Es herrscht unter der sachverständigen und einsichtsvollen ärztlichen und schultechnischen Leitung ein frischer Geist, der seiner Aufgabe, diese der Anstalt anvertrauten Kinder durch körperliche Pflege, christliche Erziehung, schulmäßige Unterweisung und geordnete Beschäftigung zu brauchbaren Gliedern der menschlichen Gesellschaft zu bilden, voll gerecht wird." Ein glänzendes

*) Aus der Praxis der Jugendgerichte und der privaten Jugendgerichtshilfe. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1910.

Zeugnis für das Zusammenarbeiten von Ärzten, Geistlichen und Lehrern!

Diese drei Anstalten liegen auf einem Terrain und sind zum Teil unter gemeinsamer Verwaltung in ärztlicher und pädagogischer Hinsicht, während die ärztliche und pädagogische Leitung ganz einheitlich ist. Die Verteilung der Fürsorgezöglinge geht nun folgendermaßen vor sich. Jeder neu eintretende Zögling kommt zunächst auf die Knabenabteilung der Anstalt für Epileptische, weil er dort am besten beobachtet werden kann. Je nach dem Ergebnis der Beobachtung wird er, wenn höhere Schwachsinnsgrade konstatiert sind, der Idiotenbildungsanstalt Wilhelmsstift, wenn das Bestehen von Epilepsie oder schwereren psychischen Defekten festgestellt wurde, dauernd der Anstalt für Epileptische überwiesen, während die nur leicht schwachsinnigen, psychopathisch-minderwertigen Fürsorgezöglinge in die Bethlehemstiftung kommen. Es findet also sofort eine höchst wohltuende Dreiteilung statt, die schon von vornherein vielem Verdruß vorbeugt; schließlich besteht, bei dem engen Konnex der Anstalten, jederzeit die Möglichkeit, einen Zögling zu verlegen, wenn er für das betreffende Haus ungeeignet ist, und doch bleibt er in derselben ärztlichen und pädagogischen Behandlung. Obwohl also das Bethlehemstift die geistig höchststehenden Zöglinge hat, ist eine regelrechte Unterweisung doch immer noch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, um „das Ziel der Mittelstufe bei normalen Verhältnissen" zu erreichen. Die Kinder sind leicht ermüdbar, beschränkt in der Aufnahmefähigkeit des Vorstellungslebens, urteilsarm und urteilsschwach, ohne Interessen, dabei öfters sinnlich und nur wenig fähig, allerhand äußeren Einwirkungen und Reizen zu widerstehen. Manche Zöglinge haben nervöse Reiz- und Lähmungszustände — 10% litten an Bettnässen —, neigen zum Destruieren, Vagabundieren, sind impulsiv unberechenbar, pervers, überempfindlich und grenzen damit schon bedenklich an manifeste Geisteskrankheiten. Dabei wird, abgesehen von einem leichten Schlage bei beabsichtigter Unart oder Widersetzlichkeit, nicht körperlich gestraft, sondern an das Ehrgefühl, die Einsicht, schlimmstenfalls an den Magen, durch Kostentziehung der freiwilligen Zugaben appelliert. Ein Arrestzimmer besitzt die Anstalt überhaupt nicht. Scheine die körperliche schwerere Bestrafung unumgänglich, so wird statutenmäßig darüber beraten und ruft die Schule dazu ärztliche Hilfe an, doch ist dieser Fall bis jetzt noch nicht eingetreten. Die Erfolge rechtfertigen die Methode vollkommen, denn in vier Jahren kamen nur vier zum Teil harmlose Entweichungen vor. Alle Entlassenen haben die Anstalt in gutem Gedächtnis und sprechen viele von Zeit zu Zeit wieder vor.

Mehr Sorge machte die Unterbringung der älteren männlichen Fürsorgezöglinge, da wir dafür geeignete Anstalten nicht besitzen. Es blieb also nur der Ausweg der Familienpflege. Nachdem die Pflegeeltern genügend Erfahrungen gesammelt haben, ist jedoch auch die Unterbringung der Außenzöglinge im großen und ganzen in glatte Bahnen gelenkt worden. Im Jahre 1907 betrug die Anzahl der Außenzöglinge in Dienst, Lehre und Familienpflege ebenso viel wie die der Innenzöglinge, nämlich 36.

Hinsichtlich der Behandlung und des Unterrichts herrschen in den beiden anderen Anstalten dieselben Prinzipien mit entsprechenden Modifikationen und ebenfalls guten Ergebnissen. Über die sexuellen Verhältnisse äußert sich das Wilhelmstift in etwas günstigerer Weise. In dem betreffenden Bericht heißt es:

„In sexueller Beziehung erforderte das Poussierbedürfnis mehrerer ins Backfischalter getretener Mädchen ein besonders wachsames Auge. Daß übrigens eine außergewöhnliche sexuelle Erregbarkeit der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge, zumal gerade der weiblichen, nur in seltenen Ausnahmefällen zu konstatieren ist, möge ganz besonders betont werden. Die ihnen so oft nachgesagte geschlechtliche, frühzeitige Betätigung, ihre Perversitäten und Exzesse hängen zu allermeist mit den verkommenen Verhältnissen zusammen, aus denen diese verwahrlosten Geschöpfe zu kommen pflegen. Wie oft muß man, nach Kenntnisnahme der vorangegangenen Erhebungen und Beweismomente, darauf gefaßt sein, geradezu Monstrositäten erotischer Ausschweifung überwiesen zu erhalten, und es zeigt sich nachher, daß es sich um schwachsinnige und haltlose Mädchen handelte, die ausgenutzt, verführt und von alt und jung gemißbraucht waren."

Natürlich gibt es auch unter den Zöglingen des Wilhelmstiftes unverbesserliche Fälle. Für sie soll ein eigenes Haus errichtet werden, das am besten in Form einer Kolonie einer Irrenanstalt anzugliedern ist. Diese Zöglinge sind damit aus dem Kreise der noch Bildungsfähigen ausgesondert und können durch ihr schlechtes Beispiel kein Unheil bei den anderen mehr anrichten.

Ich habe diesen Bericht etwas ausführlicher wiedergegeben, weil er genauer einen neuen Weg der Fürsorgeerziehung beschreibt, den es sich wohl auch anderwärts zu betreten lohnt.

Der Frankfurter Anstalt für Irre und Epileptische ist ebenfalls eine Jugendstation angegliedert, die von den städtischen und Polizeibehörden immer häufiger benutzt wird. Die Fälle werden dort in schwere Zustände, akute Störungen und leichtere Formen des Schwachsinns und der psychischen Entartung eingeteilt und dementsprechend unterrichtet und behandelt. Sehr gut hat es sich bewährt, für die Halberwachsenen, im Alter von 15 bis 20 Jahren, die in Fürsorgeerziehung kommen sollten oder die in Fürsorgeerziehungsanstalten infolge ihrer krankhaften Eigenschaften unmöglich geworden waren, eine eigene kleine Abteilung zu schaffen und sie unter möglichst sorgfältige Aufsicht zu stellen. Berichterstatter betont zum Schluß, daß die Erfahrung der letzten Jahre bestätigte, „wie notwendig und nützlich die Einrichtung einer Kinderabteilung an der Irrenanstalt für die Durchführung der Fürsorgegesetze ist."

Möchten die, wenn auch bescheidenen, gesammelten Erfahrungen in der Fürsorgeerziehung bei der Abfassung des Fürsorgegesetzes von Nutzen sein!

Referate.

— Browning-Brooklyn-New-York, William, Is there such a disease as neurasthenia? A discussion and classification of the many conditions that appear to be grouped under that head. 32 S.

Verf. erkennt — im Gegensatz zu Dana u. a. — die Neurasthenie als einheitliches Krankheitsbild an, trotz ihrer so überaus verschiedenen und oft unbestimmten Symptome, in denen sie sich im einzelnen Fall äußert. Des genaueren geht er dann auf differentialdiagnostisch in Betracht kommende Krankheiten ein und kommt zu dem auch uns geläufigen Schluß, daß man ein bestimmtes System von Krankheitserscheinungen für Neurasthenie nicht aufstellen kann, sondern immer nur von Fall zu Fall entscheiden muß.

Ein besonders häufiges Auftreten der Neurasthenie in Amerika verneint Verf., sieht aber in dem ständigen Zufluß schwächlicher Europäer eine gewisse Gefahr.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Hinrichsen-Basel, Dr. med. Otto, Zur Psychologie und Psychopathologie des Dichters Wiesbaden, Verlag von Bergmann, 1911. 94 Seiten 2,80 M.

Verf. zieht eine Parallele zwischen Dichter und pathologischem Schwindler und bespricht dann die „befreiende" Kraft dichterischen Schaffens, den Einfluß körperlicher Zustände auf die dichterische Konzeption, die visionäre Veranlagung und den objektiven Traumcharakter des dichterischen Werkes. — Näher auf die Arbeit einzugehen, ist im Rahmen eines kurzen Referates nicht möglich.

Albrecht-Treptow.

— Feerhow, Friedrich, Traum, Tod und Wahnsinn. Leipzig, Theosophisches Verlagshaus, Dr. Hugo Vollrath. 34 S.

Träume sind ebenso wie Ahnungen, zweites Gesicht, Fernsehen wegen ihres plötzlichen, zwangsweisen Auftretens Reflexe, deren Ursache in Einflüssen körperloser, in der elementaren Urmasse enthaltener Seelen auf unseren, an den Körper gebundenen „seelischen Empfindungsträger" zu suchen ist. — Im Geisteskranken ist nicht etwa wirklich der Geist erkrankt, sondern er hat sich zum Selbstschutz zurückgezogen, ähnlich wie sich der „Mental" des Schlafenden zurückzieht, dem „Astral" (Begierdenkörper) größere Freiheit lassend.

Diese Proben mögen genügen zur Charakterisierung der vorstehenden, theosophisch-mystischen Studie.

Albrecht-Treptow.

— Boruttau, H., Kriterien des therapeutischen Wertes organischer Jodpräparate. (Aus der biochemischen Abteilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin.) Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 43, 1911.

Täglich wächst die Zahl der auf den Markt gebrachten organischen Jodpräparate; mit dem Bestreben, ihre therapeutische Wirksamkeit zu vervollkommnen, gehen leider offene und versteckte Angriffe auf die jeweiligen Konkurrenzprodukte einher, ebenso wie in der Literatur auch die Behauptung nicht fehlt, daß die Jodalkalien immer noch den Vorzug vor allen organischen Jodpräparaten verdienen. Der Verf. unterzieht diese ganze Frage einer kritischen Prüfung an der Hand fremder und eigener Experimentalergebnisse. Die gleichmäßigere Zufuhr von Jod zu den Organen gegenüber den Jodalkalien kommt bereits denjenigen Präparaten, deren Jod prompt ausgeschieden wird, wie Jodglidine und Jodival, unzweifelhaft zu. Gegenüber diesen ist den Jodfettpräparaten Jodipin und Sajodin stark verzögerte Ausscheidung und damit Bildung unkontrollierbarer Joddepots vorgeworfen worden; andererseits soll bei Verwendung der letzteren Jod speziell im Fett- und Nervengewebe zur Ablagerung gelangen. Aber verglichen mit derjenigen in der Schilddrüse und lymphatischen Organen ist diese „Lipotropie und Neurotropie" geringfügig und ihr therapeutischer Wert bis jetzt nicht bewiesen. Um zwischen der schnellen Jodausscheidung bei den dijodierten und der protrahierten bei den monojodierten Fettsäuren einen Mittelweg zu finden, hat man Ester der erstgenannten eingeführt (Lipojodin). Auch diese teilen mit den anderen Jodfettsäurepräparaten die Nachteile sehr wechselnder Ausnutzung im Darm. Vorwürfe der Schädlichkeit, die manchen Präparaten gemacht worden sind — Magenreizung durch abgespaltene Jodwasserstoffsäure, größere Giftigkeit im Tierversuch — sind nach den Ausführungen des Verf. übertrieben, wenn nicht ganz unbegründet. Bei aller Anerkennung der Bestrebungen, chemisch wohldefinierte Verbindungen einzuführen, gebührt immerhin den länger

eingeführten und klinisch bewährten Repräsentanten der Jodeiweißkörper (Jodglidine) und Jodfette, die „jodierte Nahrungsmittel" (Schule von Buergi) darstellen, ihr Platz in der Therapie.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Freiburg i. Schl.** Assistenzarzt Waldemar Mensch ist zum Abteilungsarzt ernannt.

— **Berlin.** Geh. Rat Prof. Dr. Ziehen, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik an der Universität zu Berlin beabsichtigt mit Ende des laufenden Wintersemester seine Lehrtätigkeit daselbst aufzugeben, um sich mehr wissenschaftlicher Tätigkeit widmen zu können.

— **Münster i. W.** Der Assistenzarzt der Provinzialheilanstalt Münster i. W., Bernhard Dietrich, promovierte auf Grund seiner Arbeit: „Klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Manie" in Erlangen zum Dr. med.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 41. 6. Januar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. (S. 407.) — Zur Frage des Rechtsschutzes der Psychiater. Von Dr. O. Rehm, Leipzig-Dösen. (S. 415.) — Mitteilungen (S. 416): Honorar für eine ärztliche Auskunft. — Referate (S. 416). — Personalnachrichten (S. 417).

Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten.

Die Gesetzesvorlage über die Entmündigung, welche derzeit den gesetzgebenden Körpern in Österreich vorliegt, enthält Bestimmungen, welche in die Irrenfürsorge und in den Betrieb der öffentlichen Irrenanstalten eingreifen. Nachdem die Anstaltsärzte nicht zu Worte gekommen sind, als diese Vorlagen vorbereitet wurden, sollen jene Materialien, welche keine entsprechende Berücksichtigung gefunden haben, und welche mit den Voraussetzungen der Vorlage in Widerspruch stehen, auf diesem Wege zur Kenntnis der maßgebenden Faktoren gebracht werden.

Es muß dabei vorausgeschickt werden, daß nur derjenige Teil der Vorlage Gegenstand der Besprechung sein soll, welcher sich mit den öffentlichen Anstalten und den Ärzten derselben befaßt.

Seite 30 des Motivenberichtes heißt es, der leitende Gedanke bei der Regelung des Entmündigungsverfahrens war, daß die Entmündigung rechtzeitig und leicht erreicht werden könne, daß aber auch ausreichender Schutz gegen Irrtümer und Fehlgriffe geschaffen werden solle, und eine Entmündigung nicht länger aufrecht erhalten werde, als es notwendig sei.

Die wegen geistiger Schwäche zu Entmündigenden werden heute zum großen Teile wenigstens vorübergehend einmal in einer öffentlichen oder privaten Anstalt verpflegt.

Es ist daher nur selbstverständlich, daß die ärztlichen Leitungen dieser Anstalten durch die Vorlage verpflichtet werden, bei diesem öffentlichen Interesse dienstbar zu sein.

Obwohl die Stellung der Privatirrenanstalten und ihrer Ärzte zu ihren Kranken eine gänzlich andere ist, als diejenige der öffentlichen Anstalten, hat die Vorlage dennoch beide gleich gesetzt und mit dem gleichen Rechtsmißtrauen bedacht.

Es soll im folgenden aber von allem dem möglichst abgesehen werden, was nach einer Reaktion auf diese Verletzung der Standesehre der Ärzte aussehen könnte, obwohl die Vorlage dazu genugsam herausfordert. Es soll lediglich besprochen werden, in welchem Maße dieses Rechtsmißtrauen zu Fehlern in der Vorlage Anlaß gegeben hat.

Auch soll die Stellung der Privatanstalten zu dieser Vorlage unberücksichtigt bleiben, selbstredend aber nicht deshalb, weil die Ärzte der öffentlichen Anstalten das Mißtrauen gegen die Privatanstalten, das heute Sitte ist, teilen, sondern weil die Verhältnisse beider Teile so grundverschiedene sind, daß wir es den Ärzten dieser Anstalten überlassen müssen, selbst zur Vorlage Stellung zu nehmen.

Im Absatze III § 20 — vorläufige Maßnahmen — heißt es: daß der Eintritt eines jeden Geisteskranken dem Gerichte binnen 24 Stunden anzuzeigen ist. Ausgenommen sind die psychiatrischen Kliniken und die Beobachtungsabteilungen der Krankenhäuser.

Es ist aus dem Motivenberichte nicht ersichtlich, warum diesen beiden eine Ausnahmestellung eingeräumt wurde. Die Kliniken haben ebenso schutzbedürftige Geisteskranke wie wir in den Landesanstalten, und der Rechtsschutz hat mit der Forschung und mit dem Unterrichtszwecke der Kliniken nichts zu tun. Allerdings ist es unverkennbar, daß diese Art des Rechtsschutzes, welche in den vorläufigen Maßnahmen angeordnet wird, die Kliniken schwer schädigen würde.

Darf er aber die öffentlichen Anstalten schädigen? Ist das nicht vielleicht ein Eingeständnis des Umstandes, daß man sich nicht getraut hat, dieselben Maßregeln für die Kliniken in Vorschlag zu bringen, weil man auf einen zu energischen Widerstand gefaßt war und weil man fürchten mußte, mit dem

Prinzipe der vorläufigen Maßnahmen auf klinischem Boden in jene Sackgasse zu geraten, welche den Beweis für die Undurchführbarkeit derselben allzu augenfällig erbracht hätte?

Aber sei dem wie immer, es ist nur ein Vorteil für die Kranken, wenn die Kliniken selbst auf Kosten einer kleinen Ungerechtigkeit gegen die anderen Irrenanstalten bevorzugt werden. Jedoch ist es kein Vorteil, wenn auch die Beobachtungsabteilungen bevorzugt werden. Nur die allerwenigsten Beobachtungsabteilungen an den Provinzspitälern sind von Fachärzten geleitet. Die meisten sind nur Appendizes der inneren Abteilung des Spitales, mangelhaft ausgestaltet, ohne Möglichkeit einer sachgemäßen Pflege und daher auch ohne Möglichkeit einer ordentlichen Beobachtung des Verhaltens und der Reaktionsweise des Kranken.

Auch steht der Begriff Beobachtungsabteilung nicht fest. Mitunter ist sie ein Zimmer einer internen Abteilung, mitunter auch nur die so beliebte Tobzelle ganz allein.

Dasjenige Maß von Vertrauen, das man also den öffentlichen Landesanstalten und den im Landesdienste stehenden, seit vielen Jahren im Fache tätigen und von der Regierung bei ihrer Ernennung zu bestätigenden Irrenärzten verweigert, gewährt man ohne Bedenken einem nicht fachlich ausgebildeten Arzte, der noch dazu in der Regel nicht einmal die Zeit und die Möglichkeit hat, seine Kranken so kennen zu lernen, wie der Anstaltsarzt.

Die Maßregel hat aber auch schwere Folgen. Heute schon hält die Anzeigepflicht viele Familien ab, ihre Kranken in die öffentlichen Anstalten für Geisteskranke zu geben. Das wird dann noch viel mehr der Fall sein, und die Beobachtungsabteilungen werden kraft ihrer Ausnahmestellung noch mehr benützt werden, die Kranken werden erst dann in die öffentlichen Anstalten gelangen, wenn sie entweder aussichtslos oder recht beschwerlich geworden sind. Das Interesse der Rechtspflege liegt aber darin, die Landes-Irrenanstalten zu stärken, statt sie auf Kosten der Beobachtungsabteilungen zu schädigen.

Den Irrenanstalten sind allerdings diejenigen Heil- und Pflegeanstalten gleichgestellt, die Geisteskranke aufnehmen. Aber was heißt geisteskrank? Im Deutschen Reiche, wo die Irrenpflege so viel besser ausgebaut ist als in Österreich, wird geklagt, daß Geisteskranke in sogenannten geschlossenen Pflege- oder Nervenanstalten, Wasser- und Naturanstalten gepflegt werden. Im Berichte über das Irrenwesen im Königreiche Sachsen v. Jahre 1908 heißt es S. 23, daß die Zahl der unruhigen, für sich und andere bedenklichen Kranken in der Staatsanstalt zugenommen hat, geradeso wie in den wissenschaftlich geleiteten Nervenanstalten, während die leichten Fälle fern bleiben und in die Wasseranstalten etc. abwandern.

Im Berichte des Kgl. Medizinalkollegiums in Württemberg für das Jahr 1909 heißt es S. 40, daß die Psychiaterhetze einen starken Rückgang der Belagsziffer der Anstalten bewirkt hat.

Erschwerungen der Aufnahme, wie sie durch die Anzeigepflicht und deren Folgen bewirkt werden, haben eine verminderte Benutzung der Anstalten zur Folge. Da die Landesanstalten als öffentliche sich genau an die Vorschriften halten müssen, werden sie von dieser Maßregel am meisten betroffen werden, ebenso die wissenschaftlich geleiteten Privatanstalten, während alle anderen die Ausrede der unbeabsichtigten Irrung für sich sprechen lassen können, wenn sie den Paragraph umgehen.

Der Paragraph steht also für diejenigen Anstalten, die er eigentlich treffen will und soll, nur auf dem Papiere.

Wenn man einen Kranken ernstlich verstecken will, braucht man ihn nur nicht in eine anständige Anstalt und sachverständige Behandlung zu geben.

Das kann man sich aber allerdings nur dann leisten, wenn man genügend Mittel dazu hat und nicht auf die niedrigen Verpflegssätze der öffentlichen Anstalten angewiesen ist. Der Bemittelte wird also Wege genug finden, diese Rechtsschutzgarantie zu umgehen, der Unbemittelte wird daran glauben müssen.

Der beste Rechtsschutz für die Geisteskranken wird immer eine Förderung der öffentlichen Anstalten sein, nicht aber eine Disqualifizierung derselben.

Wegen Verzögerung oder Unterlassung der Anzeige, heißt es im selben Paragraph weiter, ist gegen den Anzeigepflichtigen vom Bezirksgerichte, welchem die Anzeige zu erstatten ist, eine Ordnungsstrafe von 10 bis 1000 K. zu verhängen.

Im Motivenbericht heißt es S. 38, daß dies wegen der Wichtigkeit einer rechtzeitigen Anzeige für die Gewährung eines prompten Schutzes gegen ungerechtfertigte Freiheitsbeschränkung geschieht.

Es soll nun wieder nicht vom Standesgefühle gesprochen werden, wenn beurteilt werden soll, ob diese „Sanktion" (l. c.) als entsprechende bezeichnet wird. Es soll nur angeführt werden, wie die Erstattung einer Anzeige binnen 24 Stunden in der Praxis aussieht.

Der Kranke ist binnen 24 Stunden noch nicht genau untersucht. In manchen Fällen kann auf der

Anzeige nichts angegeben werden als der Name und einige für das Gericht belanglose Daten. Besonders dann, wenn der Kranke nicht direkt, sondern aus einer Beobachtungsabteilung aufgenommen wurde, die Angehörigen also erst zur Erlangung der Anamnese zitiert werden müssen. Auch dann, wenn der Kranke selbst einige Auskünfte geben kann, ist es unmöglich, in 24 Stunden alle jene Angaben von ihm sicher (also doch mindestens auf zweimaliges Befragen) zu erhalten, welche das Gericht braucht. Die Folge ist, daß das Gericht wieder bei der Anstalt anfragen muß und diese erst dann Auskunft geben kann.

Die „Promptheit" ist also lediglich ein Sich-inpositurwerfen gegen die Psychiater, ein Quos ego! gegen diese Freiheitsbeschränker und eine Konzession gegen diejenigen, die sich fürchten müssen, daß ihr geistiges Lämpchen einmal als nicht helle genug befunden werden könnte, und deshalb schon frühzeitig auf sich aufmerksam machen durch Geschrei.

Doch wäre gegen diese Art von Pläsier nicht viel einzuwenden, wenn es nicht wieder auf Kosten der Kranken ginge.

Es muß den Gerichten daran liegen, schnell zu erfahren, wer und was zu schützen ist.

Die einfache Eintrittsanzeige tuts nicht. Die Gerichte benutzen zur Ermittlung dieser Verhältnisse einen Fragebogen, den sie den Aufenthaltsgemeinden vorlegen. Dort wird meist ein Polizeiorgan mit der Ausfüllung betraut. Der Fragebogen enthält neben genauen Personalien noch Fragen über die Verwandten, die Kinder, die Mündel, die Vermögensverhältnisse, die eventuellen Bezüge des Kranken aus öffentlichen Kassen etc. Außerdem werden Auskunftspersonen verlangt.

Das sind alles Angaben, welche die Anstalt in der Regel viel sicherer zu machen imstande ist, sobald sie ihre Personalien in Ordnung hat.

Die Anstalt kann aber aus den Erhebungen am Krankenbette und aus den Äußerungen des Kranken noch mehr berichten, was für die Gerichte notwendig wäre. Sie erfährt z. B. die Sorgen des Kranken um seine Habe, die irgendwo verstreut, jedenfalls aber unverwahrt blieb; freilich oft armselige Werte, für den Kranken aber sein ganzes Erspartes. Heute muß sie sich an die Polizei wenden und um Sicherung bitten, wozu sie nicht einmal ein Mandat hat. Sie erfährt, daß das Gehalt oder die Pension flüssig ist und daß niemand da ist, sie zu beheben und an die Familie abzuliefern.

Die Unterschrift des Kranken ist nicht mehr giltig, ein Kurator ist nicht bestellt, und es sind Fälle bekannt, wo es viele Wochen gedauert hat, bis die Familie in den Besitz ihres zum Leben notwendigen Monatseinkommens gelangt ist.

Die Anstalt erfährt auch über soeben abgeschlossene Käufe und andere schwebende Unternehmungen, deren Beendigung im Interesse des Kranken zu beschleunigen wäre.

Das gehört viel notwendiger zu den Aufgaben des Rechtsschutzes, als die Gewährung eines prompten Schutzes gegen ungerechtfertigte Freiheitsbeschränkung.

Es sollte dies daher den Gerichten sobald als tunlich bekannt zu geben sein und gehört in die Aufnahmeanzeige.

Die Aufnahmeanzeigen unserer Anstalt sind über Wunsch eines Richters so ausgestaltet worden, daß sie sich an den erwähnten Fragebogen anschließen und Gelegenheit zu den angegebenen Erwähnungen geben. Die Gerichte sind, soviel wir erfahren haben, mit diesen Anzeigen recht zufrieden, weil sie ein viel leichteres und schnelleres Arbeiten ermöglichen, und die Anstalt hat von dieser kleinen Mehrarbeit keinen Nachteil.

Allerdings verstößt die Anstalt gegen das Quos ego der 24 Stunden. In manchen Fällen benötigt man sogar, horribile dictu, ganze 48 Stunden bis zur Vollendung der Erhebungen. Wir wären also schon mehrmals mit 10 bis 1000 K. zu bestrafen gewesen.

Die Anzeigepflicht hat jedoch nach dem Entwurfe den Zweck, die Anstalten zu überwachen.

Nach § 21 hat das Bezirksgericht von Amts wegen, in der Regel binnen drei Wochen nach der Aufnahme des Kranken in die Anstalt, darüber zu entscheiden, ob die weitere Anhaltung des Kranken in der Anstalt zulässig ist.

Dieser Entscheidung hat nach § 22 eine Untersuchung des Kranken durch einen oder zwei Sachverständige unter Leitung des Richters voranzugehen. Auch die politische Landesbehörde kann sich durch ihr Sanitätsorgan an der Untersuchung beteiligen, und zwar durch Fragen an den Kranken und an die Sachverständigen.

Zu Sachverständigen sind erfahrene Ärzte, und zwar nach Möglichkeit solche zu bestellen, die über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen.

Die Sachverständigen dürfen nicht der Anstalt, in der sich der Angehaltene befindet (§ 23), angehören oder mit dieser Anstalt in ständiger geschäftlicher Verbindung stehen, oder mit dem Angehaltenen oder mit den Personen, auf deren Antrag die Aufnahme stattfand, oder mit dem Eigentümer oder leitenden Arzt der Anstalt in auf- oder absteigender Linie verwandt oder verschwägert, oder in

der Seitenlinie bis zum vierten Grade verwandt oder im zweiten Grade verschwägert sein.

Der Richter hat das Recht, die Ärzte und die Angestellten der Anstalt zu vernehmen, zu welchem Behufe ihm der Zutritt zu der Anstalt jederzeit offen zu stehen hat. Die Krankengeschichte und andere ähnliche Feststellungen der Anstalt sind ihm zur Einsicht und Abschriftnahme zur Verfügung zu stellen. Befindet der Richter durch Beschluß, daß der Angehaltene geistig gesund ist, so ist dieser aus der Anstalt zu entlassen (§ 26).

Der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung erlischt spätestens mit Ablauf eines Jahres. Eine Ausdehnung auf eine längere Zeit setzt einen neuen Beschluß voraus und eine neue Untersuchung, wenn nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht die weitere Anhaltung für zulässig erklärt hat. Eine solche Untersuchung hat auch stattzufinden, wenn der Angehaltene, der noch nicht entmündigt ist, oder sein Bevollmächtigter vor Ablauf der Zeit, für welche die Anhaltung als zulässig erklärt wurde, die Entlassung aus der Anstalt verlangen.

Im Motivenberichte heißt es S. 39, daß die Entlassung des Angehaltenen anzuordnen ist, wenn er als geistig gesund erkannt wird, ist er dagegen geisteskrank oder geistesschwach, so ist die Anhaltung in der Anstalt für zulässig zu erklären.

Es deckt sich dies nicht vollständig mit dem Wortlaut des § 26, da nach demselben die Ansicht bestehen bleibt, daß das Gericht auch die Entlassung solcher Pfleglinge zu verfügen habe, die zwar krank aber nicht anstaltsbedürftig sind, es würde dieser Schritt zwar weitere gesetzliche Verfügungen über die ganze Anhaltung und Entlassung ungeheilter Kranker nach sich ziehen, doch will der Entwurf einer gesetzlichen Regelung der Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen für die Anstalten nicht vorgreifen und hat daher die Regelung dieser Frage beiseite gelassen. Diese vorläufigen Maßnahmen haben also nur den Zweck, festzustellen, ob der Angehaltene geistig gesund ist.

Wenn man von der Ansicht ausgeht, daß eine Überwachung der Irrenanstalten durch die Gerichte notwendig ist und daß den Gerichten die Fähigkeit dazu zukommt, so kann man dem Gesetzentwurfe die Anerkennung nicht versagen, daß er mit logischer Schärfe die Konsequenzen aus dieser Voraussetzung gezogen hat.

Die Anzeigepflicht ist die Voraussetzung, die gerichtliche Untersuchung des Kranken die Folge, die Ausschließung des Anstaltsarztes selbstverständlich, weil man den Arzt als befangen betrachten muß, wenn man sich genötigt sieht, ihn zu überwachen.

Der einzige Fehler in dieser Logik ist der, daß die Verhältnisse schon lange nicht mehr so einfach liegen, als daß sie einem Laienurteile überlassen werden könnten.

Bei Privatanstalten kann eine solche Überwachung vielleicht möglich sein, bei öffentlichen Anstalten ist sie heute bereits lange unmöglich geworden und wirds immer mehr werden. Man kann vielleicht die Privatanstalten zwingen, nur klare Fälle aufzunehmen, welche so klar und leicht zu erkennen sind, daß sie auch ein Laie erkennen muß. Es soll hier nicht erörtert werden, ob es auch dem Zwecke derselben entspricht, und es ist anzunehmen, daß gerade das Publikum damit sehr unzufrieden sein wird. Bei den öffentlichen Anstalten ist dies nicht mehr möglich. Man müßte sie denn um fünfzig Jahre zurückschieben.

Das Gericht befindet sich in diesen Fragen, deren Lösung es dabei auf sich nimmt, in der Stellung eines Laien, auch dann, wenn es sich eines psychiatrisch gebildeten Arztes bedient.

Selbst bei viel eingehenderen Untersuchungen, als sie in dem Gesetze vorgesehen sind, ist es darauf angewiesen, den Angaben der Anstalt Rechnung zu tragen, die Krankengeschichten zu berücksichtigen, das Gutachten des Anstaltsarztes zu hören.

Tut es dies nicht, so muß es Fehler in der Rechtsfindung begehen.

Es kann der Vorlage der Vorwurf einer nicht genügenden Vorbereitung der Voraussetzungen nicht erspart werden, denn sonst wäre es nicht schwierig gewesen, aus dem heutigen Verfahren abzuleiten, ob das Verfahren des neuen Entwurfes sich bewähren werde.

Schon lange wird jeder Aufgenommene angezeigt und von einer Gerichtskommission untersucht, welche zugleich entscheidet, ob er entmündigt werden soll. Findet sie, daß er nicht geisteskrank ist, so wird dieser Beschluß der Anstalt mitgeteilt und die neuen Anstalten haben zum Teil auch die Bestimmung in ihre Statuten aufgenommen, daß sie den Pflegling auf diese Feststellung hin zu entlassen haben. Aber auch bei den alten Anstalten wird nach dem mir Mitgeteilten dies in der Regel ähnlich gehandhabt, gleichviel ob die Satzungen dazu zwingen oder nicht.

In vielen Anstalten wurden für die gerichtliche Untersuchung ein Anstaltsarzt und ein anderer Gerichtsarzt verwendet. Dann kam aber die Ära des Gerichtsmißtrauens, und den Anstalten mußte „auf die Finger gesehen werden".

Die folgenden Fälle stammen aus dieser Zeit.

Ich will vorausschicken, daß die betroffenen Funktionäre entweder tot sind oder außer Amtes, daß die ganzen Beschwerden der Vergangenheit angehören, die Verhältnisse heute zur Zufriedenheit geregelt sind, und daß es mir völlig ferne liegt, daraus Vorwürfe gegen irgend jemand anderen abzuleiten, als gegen den Begriff der Befangenheit der Anstaltsärzte, der scheinbar noch immer nicht überwunden ist, wie die Vorlage beweist.

Eine ca. 30jährige epilept. Kranke wurde wegen Selbstgefährlichkeit in die Anstalt gebracht. Sie wollte sich in ihren heftigen Erregungszuständen wiederholt zum Fenster hinausstürzen. Vier Leute waren kaum imstande, sie zu halten. Die Anfälle waren seit der Pubertät aufgetreten und von tagelangen Verworrenheiten gefolgt. Die Anfälle traten in der ersten Zeit täglich auf, die Erregungszustände führten zu häufigen Selbstmordversuchen. Allmählich beruhigte sie sich, aber ein Traum oder eine andere Kleinigkeit hatte zur Folge, daß sie wieder Selbstmordversuche machte. Der Schwachsinn war bereits unverkennbar, selbst für das Pflegepersonal.

Die überprüfende Gerichtskommission erklärte sie für geistig gesund, die „Anfälle sind leichter geworden, jedoch tritt jeden zweiten Tag ein solcher ein. Sie macht in jeder Beziehung einen guten Eindruck und ist jedenfalls eine brave Person. Ihr Aussehen ist gut, es bestehen weder Schwachsinn noch irgendwelche Wahnideen. Sie leidet an hysterischer Epilepsie, ist jedoch sonst, von dieser Nervenkrankheit abgesehen, gegenwärtig geistig gesund und imstande, ihre Angelegenheiten selbst zu verwalten."

Ihr Vater war anderer Ansicht. Er wollte sie nicht übernehmen und verlangte eine neue Konstatierung, welche zu einer Entmündigung führte. Die Kranke ist heute noch mit epileptischem Schwachsinn in der Anstalt.

Eine ca. 40jährige, kretinoide, infantilistische Zwergin, schwachsinnig mit Halluzinationen und Wahnideen, war ihr ganzes Leben lang in Humanitätsanstalten untergebracht gewesen. Sie hatte keine Angehörigen und kein Vermögen. Weil sie in ihren Aufregungszuständen oft tagelang schrie und nirgends mehr zu halten war, wurde sie in die Landesirrenanstalt gebracht.

Die überprüfende Gerichtskommission fand sie geistig gesund und fähig, ihre Angelegenheiten selbst zu verwalten.

Eine manisch-depressive Kranke im mittleren Alter, ohne Familie, war gleichfalls seit der Kindheit krank und in Versorgungsanstalten untergebracht, sie war bei der Konstatierung hypomanisch, die Ärzte konstatierten die Krankheit, der Richter erklärte sich jedoch nicht einverstanden und das Gericht erklärte sie für geistig gesund. Als der Beschluß der Anstalt mitgeteilt wurde, war sie gerade tobend in höchster Erregung. Es wurde dem Gerichte mündlich anheimgestellt, die Verantwortung für die Entlassung zu übernehmen, was es jedoch ablehnte und was eine Revision des Beschlusses veranlaßte.

Ein Epileptiker mit heftigen Erregungszuständen und postepileptischen Dämmerzuständen wurde von der Kommission für geistig gesund erklärt. Die Anstalt entließ ihn, bald darauf wurde er wieder durch die Polizei gebracht, weil er seine Frau fast ermordet hätte.

Ein stadtbekannter chronischer Säufer mit erheblicher geistiger Abschwächung wurde für geistig „vollkommen normal" erklärt und „fähig seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, nachdem er sich von den physischen Folgen seiner Trunksucht bereits frei gemacht habe."

Er wurde entlassen, mußte aber bald nachher in einer privaten Irrensiechenanstalt untergebracht werden, wo er sich heute noch befindet.

Über eine Frau, welche an Paranoia litt, wurde beschlossen, die Kuratel nicht zu verhängen, weil weder durch ihre persönliche Einvernehmung noch durch die Mitteilungen der Auskunftspersonen festgestellt werden kann, daß die Untersuchte heute noch an ihren Wahnideen festhält, weil auch der somatische Befund keine Anhaltspunkte für eine Geistesstörung bietet etc.

Eine degenerierte Hysterische, eine Nonne eines galizischen Klosters, wurde von ihrem Kloster ins Gebirge geschickt, um sich zu erholen. Da sie mehrmals selbstgefährliche Handlungen beging, brachte man sie zu uns. Nach einer längeren Zeit leidlicher Ruhe begann sie mit Schwindeleien, machte ihrem Kloster den Vorwurf großpolnischer Umtriebe, behauptete von ihm um ihr Vermögen betrogen zu werden, schwindelte Briefe an die russische Botschaft und machte Selbstmordversuche, so daß wir den freiwilligen Aufenthalt in eine Detention umwandeln mußten und das Kloster verständigten. Sie war zeitweise völlig verwirrt, halluzinierte stark, war unruhig und bald erregt, bald tief verstimmt und selbstgefährlich. Dem Gerichte machte sie solche Schwierigkeiten in der Erkennung der geistigen Störung, daß es einer fünfmaligen Untersuchung und neunmonatiger Beobachtung bedurfte, um zu einem Entschlusse zu kommen, und trotz einer ca. 30 Seiten langen Krankengeschichte, die alle Schwindeleien und Wahnideen

in einer für jeden Laien erkennbaren Form aufdeckte, zu folgender Anfrage an die Anstalten veranlaßte:

„Die N. N. hat angegeben, daß ihr vom Direktor der Anstalt in drohenden Worten angekündigt worden sei, daß sie wegen Verrates ihres Klosters hier bleiben müsse; behufs Feststellung des Umstandes, ob ihre Verfolgungsideen leere Wahngebilde seien oder auf Wahrheit beruhten, wird ersucht, ehestens wahrheitsgetreue Mitteilungen zu machen, da sonst die Einvernehmung des Direktors als Zeugen erfolgen müßte."

Zugleich wandte sich das Gericht an das f. e. bischöfliche Ordinariat und an das Kloster selbst, empfahl die Kranke der möglichsten Fürsorge da sie in der unruhigen Abteilung der Anstalt in einem Zimmer mit vielen anderen Kranken untergebracht sei, sie „ist selbst eine stille und ruhige Person, die infolge der hohen Bildung durch das lärmende Toben und die gemeinen Reden der anderen Kranken verlacht werde, keine Ruhe habe und sich daher tief unglücklich fühle".

Die Kranke war im ganzen zehn Tage im Wachraum der Aufnahmeabteilung, weil sie selbstgefährlich und derart unruhig war, daß sie nirgends anderswo untergebracht werden konnte. In der übrigen Zeit war sie in der offenen Abteilung, in einem gesonderten, großen, für sie eigens hübsch möblierten Zimmer untergebracht, hatte die Kost der höheren Klasse, obwohl sie nur dritter Klasse verpflegt war, und genoß völlige Freiheit, wurde auch, um ihr Umgang zu bieten, in die Familien der Ärzte zugezogen.

Das Kloster, das ganz wohl wußte, was es von der stillen ruhigen Person zu halten hatte, schickte einen Arzt, der sich nach Einsichtnahme in die Krankengeschichte und einer langen Besprechung mit der Kranken nicht wenig verwundert darüber ausdrückte, wie ein Gericht den Schwindeleien einer hysterisch Verrückten derart aufsitzen konnte. Das kommt eben von der Überwachung der Anstalten.

Die Kranke steht heute noch in einer anderen Anstalt in Pflege.

Diese Konstatierungen geschahen durch zwei erfahrene Gerichtsärzte mit psychiatrischen Kenntnissen. Es muß erwähnt werden, daß zwischen den Ärzten und der Anstalt keine persönlichen Differenzen bestanden, daß auch das Gericht sich der Anstaltsärzte im Strafverfahren als Sachverständige bediente, daß keinerlei persönliche Momente auch nach dieser Richtung in Frage kamen, und daß heute, nachdem einer der Anstaltsärzte als Sachverständiger bei diesen Expertisen fungiert, keinerlei Schwierigkeiten vorkommen!

Die Vorfälle können also nicht anders aufgefaßt werden, denn als Fehler des Verfahrens, wie sie bei einer neuen Anstalt dann auftreten, wenn eine rasche Zunahme der Aufnahmen das „Gerichtsmißtrauen" vor neue Tatsachen stellt, mit denen es sich erst abzufinden hat.

Die Kranken wurden der Kommission vorgeführt und von ihr untersucht. Aus einer kleinen Statistik will ich nur anführen, daß die Untersuchung damals durchschnittlich vier Minuten in Anspruch nahm, bei einigen weniger, bei anderen mehr. Insgesamt wurden für 43 Kranke 176 Minuten gezählt. Zwei Kranke wurden gar nicht untersucht, weil sie durch die Vorführung derart erregt wurden, daß sie weggebracht werden mußten.

Überhaupt ist die Konstatierung für die Kranken eine der unangenehmsten Maßregeln, besonders bei intelligenten Kranken oder bei beginnenden Psychosen. Man bedenke nur den Eindruck einer gerichtlichen Vernehmung auf einen Gesunden und berücksichtige dann den Einfluß einer Vorführung auf einen melancholischen oder ängstlichen Kranken und auf seine Wahnideen.

Es wird niemals gelingen, diese Konstatierung dem Kranken als Rechtswohltat zu Bewußtsein zu bringen. Im Gegenteil wird sie für ihn und für die Angehörigen immer die odioseste Maßregel bleiben, nicht zuletzt der Kosten wegen.

Den Ärzten standen die Krankengeschichten zur Einsicht. Das Gutachten bestand in der Regel aus einer Abschrift oder einem Auszuge der Krankengeschichte. Es dürfte dies kaum irgendwo anders sein.

In zweifelhaften Fällen frug das Gericht noch außerdem bei der Anstalt an, z. B. wenn es sich um schwierige Vermögensfragen handelte und es zweifelhaft blieb, ob Heilungsaussichten bestanden.

Denn in solchen Fällen versagte das Verfahren ganz, und diese Fälle nehmen heute bekanntlich immer mehr zu.

Jeder Psychiater weiß, daß die Beurteilung einer beginnenden Psychose oder einer Psychopathie große Schwierigkeiten bereiten kann. Wenn auch der Anstaltsarzt in dem Termine der Vorlage (drei Wochen) immer sagen kann, ob eine geistige Störung vorliegt, und es ist auch aus den öffentlichen Anstalten Österreichs kein Fall bekannt, in welchem er nicht selbst daraus die Konsequenzen gezogen und den Aufgenommenen entlassen hätte, sobald er diese Überzeugung gewonnen hatte, — so muß ein

psychiatrisch nicht geschulter Arzt nicht immer in der Lage sein, im Rahmen einer einfachen Untersuchung sich ein genügendes Urteil zu bilden. Auch ein geschulter Psychiater wird dabei Irrungen nicht vermeiden können, wenn er sich nicht vollständig auf die Krankengeschichte der Anstalt verläßt.

Es soll dabei von den bekannten Schwierigkeiten der Diagnose einer beginnenden Paralyse abgesehen werden und vorwiegend auf die viel häufigeren Fälle der Dementia praecox hingewiesen werden. Jede Strafanstalt kennt solche Fälle, die lange unerkannt blieben. Moralische Entartungen, Unbeeinflußbarkeit, Impulshandlungen, insoziales Benehmen bringt die Kranken in die Anstalt, und nach ein oder zwei Jahren ist die Psychose manifest. In einem solchen Falle wurde die geistige Störung trotz des Widerspruches des Richters von den Gerichtsärzten verneint, weil der Betreffende, der sich für den „Gekreuzigten" hielt, „infolge seiner höheren Bildung von seiner bäuerlichen Umgebung nicht verstanden werde".

Er hatte eben dissimuliert und benahm sich bei der Untersuchung offenbar ganz geordnet. Der natürliche Verstand seines Bruders quittierte dieses Gutachten damit, daß er meinte, die Sachverständigen hätten die Familie für verrückt und den Kranken für gesund befunden.

Diese Fälle von schwer zu erkennender Dementia praecox, die dann oft rasch verblöden, sind nicht selten. Ebenso auch die Fälle von beginnender Epilepsie, die ebenfalls mit moralischer Entartung und seltenen Anfällen einsetzen und dann meist in tiefe Verblödung übergehen. Sehr schwer zu erkennen sind jene Fälle von Verblödungszuständen oder auch dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnenden Zustandsbildern, die lange nur mit hysterischen oder hypochondrischen Symptomen sich äußern, dann aber oft plötzlich in eine schwere Erkrankungsform mit gefährlichen Entäußerungen übergehen. Schwierigkeiten können auch arteriosklerotische Erkrankungen bieten. Diese sind aber deshalb besonders wichtig, weil solche Kranke nur zu leicht Ausbeutungsobjekte für die Umgebung sind.

Bei dieser Aufzählung will ich die sogenannten Grenzfälle nicht mit in Erwägung ziehen, weil bei ihnen der Schaden kein so augenfälliger ist, wenn der Ausspruch auf geistige Gesundheit lauten würde, als bei den oben erwähnten, wo er die rechtzeitige Einleitung eines Heilverfahrens vereiteln würde und auch in der Regel vermögensrechtliche Konsequenzen nach sich zieht.

Das Konstatierungsverfahren setzt also derartige Anforderungen an die Begutachter, daß man in deren Auswahl nicht vorsichtig genug sein kann und eine einfache Untersuchung in der verfügbaren Zeit nur bei ganz eklatanten Fällen genügend ist.

Es ist gerade bei diesen Fällen auf die Beobachtung der Anstalt angewiesen und gar nicht in der Lage, diese Beobachtungsergebnisse zu kontrollieren, es muß sie entweder glauben oder verwerfen.

Und da nicht nur das Rechtsmißtrauen eine Basis der Justiz bildet, sondern auch der Grundsatz audiatur et altera pars, so muß es zum mindesten die Vorsicht gebieten, neben dem Defensor libertatis auch den Defensor der Pflegebedürftigkeit in den Anstaltsärzten in einer entsprechenden Form zu Worte kommen zu lassen.

Es ist allerdings richtig, daß dabei dem Gutachten der Anstaltsärzte immer ein größeres Gewicht zukommen wird. Aber ist dies ein Schaden? Wohl nur in den Augen desjenigen, der in der Konstatierung eine Sicherheitsmaßregel gegen ungerechtfertigte Internierung Gesunder erblickt, was sie aber *gar nicht ist* und gar nicht sein kann, denn es handelt sich in der Praxis gar nicht um die Frage, ob der Aufgenommene gesund ist oder nicht. Das kümmert diejenigen wenig, die über widerrechtliche Internierung schreien, sondern darum, ob er anstaltsbedürftig ist.

Das ist aber eine Frage, über welche die Entmündigungsvorlage gar nicht entscheiden *will* und auch gar nicht kann, denn mit der Feststellung der geistigen Erkrankung ist auch die Tätigkeit des Konstatierungsverfahrens zu Ende. Somit hat das Konstatierungsverfahren gerade für die eigentlich strittigen Fälle keinen Zweck. Diesen Fragen wird man nur durch eine Regelung des Entlassungsverfahrens der Anstalten beikommen, und wir Ärzte an den öffentlichen Anstalten haben kein Interesse, Nichtanstaltsbedürftige zurückzuhalten; im Gegenteil, besonders dann nicht, wenn die Angehörigen mit ihren Quärelen über uns kommen. Wir wären sämtlich dankbar, wenn wir die Möglichkeit hätten, diese Kranken ihren Angehörigen ohne den heutigen Polizeirevers übergeben zu können, vorausgesetzt, daß wir wüßten, daß sie auch richtig gepflegt würden. Daher haben wir auch die Fürsorgeorganisation verlangt. In ihnen erkennen wir die einzige Abhilfe gegen diesen uns zum Überdruß gemachten offenen oder geheimen Vorwurf, keineswegs aber in einem gerichtlichen Verfahren, das ebenso angegriffen werden wird wie ein anderes gerichtliches Urteil, das den Beifall der Menge nicht findet. Wir erkennen also in dem Konstatierungsverfahren des Entwurfes keinen Fortschritt, sondern nur eine Gefahr für die Kranken,

für die Anstalten und für die Rechtspflege. Wir haben keinen Anlaß uns aufzudrängen, wenn man aber nicht Fehler machen will, so möge man wenigstens nach dem Spruche audiatur et altera pars die Anstaltsärzte bei den Konstatierungen nicht nur mitwirken lassen, sondern verfügen, daß sie mitzuwirken haben und daß ihr Gutachten entsprechend berücksichtigt werden müsse.

Man wird dies aber gar nicht anders können, wenn man die Erfahrungen im heutigen Entmündigungsverfahren auch für die zukünftige Entmündigung in Betracht zieht.

Nichts ist so schwer, als die Prognose einer geistigen Erkrankung. Eine einmalige Untersuchung ist in den allerwenigsten Fällen imstande, eine Prognose zu geben. Tatsächlich sind auch die schwersten Irrungen vorgefallen, die um so verhängnisvoller waren, als das heutige Gesetz nur die volle Entmündigung mit ihren vermögensrechtlichen Folgen und mit der öffentlichen Verlautbarung kennt.

Der kleine Produktenhändler F. trat am 18. Nov. 1901 über eigenes Ansuchen in die Anstalt wegen Melancholie ein. Er war selbstgefährlich, hatte keine häusliche Pflege und war schwer heruntergekommen. Er verließ die Anstalt wesentlich gebessert am 25. Dezember desselben Jahres. Am 18. Februar des folgenden Jahres las er sich wegen gerichtlich erhobenen Blödsinnes unter Kuratel gestellt in der Zeitung, er war bereits ganz gesund.

Sein Erwerb war vom Kredite abhängig.

Der Kellner K. trat am 20. März mit einer leichten Manie in die Anstalt ein. Am 16. Mai wurde er in einem fast geheilten Zustande gerichtlich untersucht. Am 28. Juni wurde er geheilt entlassen. Am 27. Juni stand seine Entmündigung im Amtsblatte.

Beide sind heute noch gesund, bei beiden wurde selbstverständlich die Entlassung angezeigt.

Die Kaffeehausbesitzerin S. trat am 13. Dezember in die Anstalt ein, sie wurde am 7. Februar unter Kuratel gestellt, trotzdem es sich um eine einfache Melancholie handelte und die Kranke damals schon fast gesund war. Am 25. Februar kam ihr Mann zu mir und teilte mir mit, daß der Richter die Schätzung des Vermögens angeordnet habe. Ich stellte ihm eine amtliche Bestätigung aus, daß die Kranke demnächst entlassen werden solle, weil sie schon gesund sei, und bat ihn, dies dem Richter vorzuweisen und um Aufschiebung der Schätzung zu bitten. Schon am 7. März kam er wieder mit der Mitteilung, daß das Gericht das Zeugnis nicht berücksichtige und die Schätzung angeordnet habe. Er wolle seine Frau mitnehmen. Sie mußte ihm übergeben werden. Darauf ist die Schätzung unterblieben.

Der Finanzwachrespizient B. trat am 4. Oktober mit einer leichten Manie in die Anstalt und verließ sie am 18. November in geheiltem Zustande.

Er wurde nach seinem Austritte unter Kuratel gestellt und natürlich auch pensioniert.

Derartige Irrungen haben sich zahlreich ereignet. Das Odium für alle diese Fehler hat die Anstalt getroffen.

In die Salzburger Landesanstalt strömten nach der Eröffnung der neuen Anstalt eine große Zahl von Kranken zu, die frischen Aufnahmen nahmen zu, die Aufnahme chronischer Fälle wurde seltener, weil endlich sachgemäße Pflege möglich war.

Dann kam die Ära des Gerichtsmißtrauens.

Die Folge war eine Abnahme der Aufnahmeziffer, die Aufnahme frischer Fälle nahm ab, diejenige chronischer nahm zu.

Erst lange nachher hat sich wieder das alte Verhältnis eingestellt.

Während in den ersten Jahren der neuen Anstalten 15 bis 20% der Eintritte freiwillige waren, nahmen die freiwilligen Eintritte ab bis zu 2%, um erst langsam in den letzten Jahren wieder anzusteigen.

Das sind die Folgen, wenn die Kuratel die Benutzung der öffentlichen Anstalt erschwert.

Die Fälle beweisen, daß die Voraussetzung der Befangenheit der Anstaltsärzte in der Begutachtung ihrer Kranken nicht nur Schwierigkeiten für die Rechtspflege bringt, sondern auch üble Folgen für die Kranken und eine Reihe von Unannehmlichkeiten für die Anstalten. Die Praxis hat auch längst dazu geführt, daß in den meisten Fällen seitens der Gerichte angefragt wird, welche Prognose der Zustand bietet. Eine Verordnung des Justizministeriums vom 16. Mai 1902 im V.-Blatt Nr. 22 verpflichtet sogar die Leitungen der Krankenanstalten, den Gerichten Auskunft über die Schwere der Erkrankung u. dergl. zu erteilen.

Es muß also doch auch ein Anlaß vorhanden sein, warum man die Anstaltsärzte auch in diesen Fällen nicht für befangen zu halten sich bemüßigt sieht.

Nun bestimmt der Entwurf des Entmündigungsgesetzes im § 75, daß dem Leiter der Anstalt gegen einen Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung in einer Irrenanstalt ein Rekursrecht eingeräumt werde, läßt somit den befangenen Arzt wenigstens dadurch zu Worte kommen, daß ihm zur Korrektur der

Fehler des Verfahrens eine gesetzliche Handhabe geboten ist.

Es dürfte kaum der Fall sein, daß die Anstalten davon häufig Gebrauch machen würden, denn wer das Leben in den Anstalten kennt, weiß, daß ein Anstaltsleiter mehr zu tun hat, als Rekurse zu drechseln, und es dürfte auch kaum dem Standesgefühle der Anstaltsärzte entsprechen, von dem Rekursrechte Gebrauch zu machen. Allerdings verpflichtet das Wissen, aber auch das hat seine Grenzen, denn dieses Rekursrecht hat eine zu verzweifelte Ähnlichkeit mit der Behandlung des Canis domesticus, den man mit einem Fußtritt von sich abschüttelt und sich dann das Haus von ihm bewachen läßt.

Dennoch darf dieses Gefühl der persönlichen Kränkung nicht maßgebend sein in der sachlichen Erörterung der Fragen eines Rechtsschutzes für unsere Kranken. Wenn wir uns grundsätzlich gegen das überflüssige Konstatierungsverfahren aussprechen und unsere Beiziehung zur Entmündigung als notwendig bezeichnen, so geschieht dies lediglich im Interesse unserer Kranken und der Rechtspflege selbst, wie uns eine vorurteilslose Beurteilung obiger Tatsachen zugestehen wird.

Die im Entwurfe mit den gesetzlichen Maßnahmen über die Entmündigung verknüpfte Überwachung der öffentlichen Irrenanstalten durch die Gerichte ist nur eine Illusion, welche der Sache selbst nicht im geringsten förderlich ist. Sie ist praktisch nicht durchführbar, ohne die Kranken und den Anstaltszweck zu schädigen, und zwar besonders diejenigen Kranken, welche heilungs- und besserungsfähig sind und welche den wenig bemittelten, arbeitenden und erwerbenden Kreisen angehören.

Es ist daher die Ausscheidung dieser Bestimmungen aus der Vorlage zu empfehlen, insoweit sie die öffentlichen Anstalten betreffen.

Die Aufnahmeanzeige der öffentlichen Anstalten könnte daher am besten ganz entfallen, oder wäre in einem zweckentsprechenden Sinne auszugestalten.

Hingegen wünschen wir selbst den Ausbau der Irrenfürsorge durch eine Fürsorgeorganisation für die außerhalb der Anstalten befindlichen Kranken, welche unsere Arbeit ergänzt, mit den Rechtsschutz- und anderen Behörden Hand in Hand arbeitet, jederzeit aktionsbereit ist und ohne jede bureaukratische Erschwerung dem Kranken und seiner Familie nicht nur einen paragraphenmäßigen Schutz, sondern wirkliche Hilfe gewährt.

Dadurch würde, abgesehen von allen anderen Vorteilen für die Kranken selbst, der breitesten Öffentlichkeit Einblick in unsere Arbeit gestattet werden und so das erreicht werden können, was durch keine gerichtliche Überwachung der Anstalten möglich ist, — die Beseitigung der Fabel von widerrechtlichen Internierungen in öffentlichen Anstalten.

Wenn aber im Entmündigungsverfahren Fehler vermieden werden sollen, so ist zu empfehlen, die Ärzte der öffentlichen Anstalten als fachlich beratende Stelle entsprechend zu berücksichtigen.

Zur Frage des Rechtsschutzes der Psychiater.*)

Von Dr. *O. Rehm*, Leipzig-Dösen.

Es ist kein Wort darüber zu verlieren, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie sich ein hohes Verdienst erwirbt, wenn er den Schutz der Psychiater gegenüber irrtümlichen Pressenotizen energisch in die Hand nimmt. Lomer hat eine „psychiatrische Korrespondenz“ vorgeschlagen, ich habe in derselben Nummer dieser Zeitschrift vom 14. August 1909 einer Pressekommission das Wort gesprochen; jetzt taucht der Gedanke eines organisierten Rechtsschutz-Bureaus auf. Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal der Vorschläge beruht darin: Soll der Verein durch ein ihm unterstelltes Rechtsschutzbureau gerichtlich mit Beleidigungsklagen vorgehen bezw. dem Einzelnen den Rechtsanwalt zur Verfügung stellen oder nicht. Ich glaube, daß der Verein weder die Mittel noch die Arbeitskräfte für ein gerichtliches Vorgehen hat; dieses muß dem Einzelnen, eventuell mit Hilfe seiner vorgesetzten Behörde, überlassen bleiben. Würde sich der Verein anmaßen, nach dieser Richtung hin einen „Druck“ auszuüben, dann würde er gar manchen Kollegen dadurch sehr lästig fallen. Das gerichtliche Verfahren zu betreiben, ist Sache des Einzelnen.

Anders verhält es sich mit Aufklärung und Berichtigung in der Presse. Die Aufklärung hat durch eine Kommission — mag sie heißen, wie

*) Abgefaßt vor dem Beschlusse des Vereins deutscher Irrenärzte in Stuttgart 1911 im Anschlusse an den Bericht der Standeskommission in dieser Zeitschrift, welcher zu entschiedenem Widerspruch nach manchen Richtungen hin aufforderte.

sie will — zu geschehen, welche aus federgewandten, erfahrenen Psychiatern zusammengesetzt ist. Diese muß systematisch die Presse durch allgemeinverständliche Aufsätze nichtpolemischen Inhaltes bearbeiten. Die Berichtigung falscher Angaben ist die schwierigere und arbeitsreichere Seite. Hier handelt es sich um gemeinschaftliches Handeln mit dem angegriffenen Kollegen; dieser wird, falls er mit einem Vorgehen des Vereins einverstanden ist, das einschlägige Material der bezüglichen Kommission übergeben. Ein Abonnement auf Zeitungsausschnitte und der Rat eines Rechtsanwalts mag hier von Nutzen sein.

Die Frage der Einrichtung einer psychiatrischen Korrespondenz wird am besten der vom Verein zu wählenden „Pressekommission" zur Beratung überlassen bleiben.

Die psychiatrische Gutachtertätigkeit in den Bereich der Kommission heranzuziehen, ist zweifellos ganz importun. Eine gleichmäßige Beurteilung gerichtlicher Fälle wird niemals eintreten, weil das subjektive Moment in der psychiatrischen Anschauungsweise stets eine große Rolle spielen wird.

Die Kommission, welcher nur Leute mit Lust und Liebe zur Sache und mit hervorragend ausgebildetem Taktgefühl angehören können, wird sich mit Ruhe und Bedachtsamkeit in die schwierige Materie einarbeiten müssen, um dann desto energischer im einzelnen Falle wirken zu können.

Mitteilungen.

— **Honorar für eine ärztliche Auskunft.** In der „Juristischen Rundschau", Beiblatt zum „Berliner Tageblatt" vom 21. Dezember 1911, Nr. 648 bringt Herr Rechtsanwalt Dr. Königsberger in Mühlheim (Ruhr) unter vorstehendem Titel folgende wichtige Mitteilung:

„Hierdurch möchte ich auf eine wenig gekannte, für Ärzte aber wichtige Gesetzesbestimmung hinweisen, deren Unkenntnis schon häufig Anlaß dazu gegeben hat, Mißstimmung bei denjenigen Ärzten hervorzurufen, die vom Gericht in einer Angelegenheit der freiwilligen Gerichtsbarkeit mit irgendeiner Anfrage bedacht worden sind, ohne später als Gutachter gehört zu werden. Ihre Liquidationen kommen sehr häufig mit dem Vermerk zurück, daß eine Erstattungspflicht nicht anerkannt werden könne. Beispielsweise wurde einem Arzte von einem westfälischen Amtsgericht neulich folgender Bescheid erteilt: „Die Liquidation erscheint nach Ansicht des Gerichts nicht begründet. Der Antragsteller ist weder als Gutachter noch als Zeuge vernommen worden, sondern es handelt sich lediglich um eine Anfrage, deren Beantwortung oder Nichtbeantwortung dem Antragsteller frei stand. Das Schreiben vom 4. Juli 1911 charakterisiert sich nach Ansicht des Gerichts auch lediglich als eine bloße Mitteilung." Solche und ähnliche Entscheidungen sind, wie mir aus Ärztekreisen versichert wird, recht häufig. Sie werden als bare Münze angenommen, und ich selbst hatte große Mühe, den mich dieserhalb befragenden Arzt davon zu überzeugen, daß eine Beschwerde gegen jenen Beschluß Erfolg haben werde. Das übergeordnete Landgericht hat aber jenen Beschluß abgeändert und die Gebühr von drei Mark, die gefordert worden war, zugebilligt. Diese Entscheidung stützt sich auf die Bestimmung im Tarif A III 11 — Anlage I zum Gesetz betreffend die Gebührenordnung der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909. Danach steht den Kreisärzten für Aufstellung eines Befundscheines oder Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Ausführung eine Gebühr von drei Mark zu. Gemäß § 12 in Verbindung mit § 3 dieses Gesetzes gilt diese Vorschrift aber auch für nichtbeamtete Ärzte. Vielleicht tragen diese Ausführungen dazu bei, dem einen oder anderen Arzte zu manchem schon verloren geglaubten Taler zu verhelfen. Dabei sei gleichzeitig bemerkt, daß die Beschwerde gegen jenen, die Liquidation ablehnenden Bescheid an sich keiner Befristung unterliegt, so daß sie jederzeit noch nachgeholt werden kann."

Referate.

— Nerking-Düsseldorf, Dr. med. et phil. J., Lezithin und Lezithin-Präparate. Allgemeine med. Zentral-Zeitung, 1911, Nr. 46.

Die Einführung des Lezithins in die Therapie bedeutet eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes. Durch Hebung des Kräftezustandes oder direkte Einwirkung auf die geschädigten Organe übt es einen günstigen Einfluß bei den verschiedensten Erkrankungen, besonders des Herzens und Nervensystems aus. Es muß jedoch als absolut reines Lezithin verwendet werden, das frei von Cholesterin, sowie von Fetten und Fettsäuren ist. Pflanzliches Lezithin ist viel schwieriger von anhaftenden Verunreinigungen zu befreien als tierisches. Lezithalbumin, das in vielen sogen. physiologisch reinen Lezithinpräparaten enthalten ist, hat nicht die gleiche therapeutische Wirksamkeit wie reines Lezithin. Ein Lezithin von hervorragender Reinheit, d. h. fast 100 prozentiges Lezithin, wird von E. Merck hergestellt und zur Verdeckung des charakteristischen, etwas öligen Geschmacks in Form verschiedener Schokoladen-Präparate, ferner zu Injektionen als zehnprozentige Emulsion abgegeben. Verf. hat mit diesen Präparaten eine ganze Reihe von Fällen, insbesondere Anämien, Chlorose, Neurasthenie, Tabes usw. behandelt und stets auffallende Besserung konstatiert. Nach seinen Erfahrungen ist das Mercksche

Lezithin als das beste und reinste bei allen in Betracht kommenden Fällen zu empfehlen.

— Koller, Die Zählung der geistig gebrechlichen Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell a. Rh. vom Herbst 1907. 111 S.

Eine gründliche und tiefgehende Studie über schwachsinnige, taubstumme und epileptische Kinder hat Verf., der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herisau, in der Vogt-Weygandtschen Zeitschrift für jugendlichen Schwachsinn niedergelegt. (1911, IV. Bd.)

Von Wichtigkeit ist nicht nur das Erkennen der geistigen Gebrechlichkeit, sondern auch eine richtige Fürsorge, wird doch durch sie die Zahl der Erwerbsunfähigen und der mit dem Gesetz in Konflikt kommenden schwachsinnigen Personen vermindert und dadurch indirekt das allgemeine Wohl gefördert; deshalb sind die Untersuchungen des Verf. so wertvoll.

Aus der Fülle des Materials will ich nur einige Punkte herausgreifen: 4,3% aller Schulkinder waren geistig nicht normal, eine erschreckend große Zahl, die auf die im Kanton Appenzell a. Rh. bestehende Degeneration mit aller Deutlichkeit hinweist. Unter den im Herbst 1907 vorhandenen 428 abnormen Kindern (im Alter von 6 bis 15 Jahren) befanden sich 369 schwachsinnige, 47 taubstumme, 11 epileptische.

Unter den schwachsinnigen Schülern ließen sich bei 28% ethische Defekte konstatieren, besondere Talente fanden sich nicht, doch waren in mechanischen Fertigkeiten Erfolge zu erzielen.

(Eine Bestätigung dieser letzten Annahme finden wir auch kürzlich in der Internat. Hygiene-Ausstellung zu Dresden, in der mehrere, zum Teil recht niedliche Arbeiten von Schwachsinnigen zu sehen sind Ref.)

Der Erfolg des Schulunterrichts war in der Mehrzahl „schwach und gering“, bessere Resultate ließen sich in den Spezialklassen erzielen, während Verf. den Nachhilfeunterricht wohl mit Recht nur als Notbehelf betrachtet.

Von den 369 schwachsinnigen Schulkindern waren 112 der Anstalt bedürftig (bei 56000 Einwohnern des Kantons!), so daß sich eine eigene Anstalt wohl als nötig erweisen wird.

Unter den 47 taubstummen Personen waren mehr als die Hälfte nur stark schwerhörig, viele hatten einen kretinenhaften Habitus und relativ viele waren geistig beschränkt; von den elf epileptischen Kindern war sogar nur eins normal!

Beachtung verdienen sodann die Ergebnisse, die Verf. über die Ursachen gewinnen konnte: Trotz der unvollkommenen Zählkarten fand sich in mindestens 50% der Fälle erbliche Belastung, und zwar hauptsächlich Schwachsinn und Trunksucht, kommt doch auf 76 Einwohner eine Wirtschaft! Als belastender Faktor kam die Trunksucht bei 30% der Schwachsinnigen, bei 31,9% der Taubstummen und bei 27,2% der Epileptiker in Betracht.

Bei einer Nachzählung der 1897 als geistig gebrechlich nachgewiesenen Kinder konnte Verf. sowohl bei einem Teil der schwachsinnigen, als auch der taubstummen einen Erfolg durch Anstaltsbehandlung konstatieren.

Hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit mußten sich von 323 nachgezählten Personen 130 von ihren Angehörigen oder von der Gemeinde unterhalten lassen, während 60% sich selbst durchzubringen vermochten, was wohl durch die landesübliche Textilindustrie, die an die Arbeiter keine sonderlichen geistigen Fähigkeiten stellt, bedingt ist. Dieser relativ hohe Prozentsatz (60%) hat allerdings den nicht zu unterschätzenden Nachteil, daß die betreffenden dadurch eher in die Möglichkeit versetzt sind, sich einen Haushalt zu gründen, woraus dann aber eine Verschlechterung der Rasse resultieren wird und die Gemeinden später größere pekuniäre Opfer zu bringen haben werden.

Eine Reihe von Tabellen sind in den Text eingefügt; nur sollte man nicht bei kleinen Zahlen von Prozenten reden, z. B. 9:1 = 11% oder 3:1 = 33% (vgl. Tab. 8).

Jeder, der sich mit der Schwachsinnigen-Frage beschäftigt, wird mit Interesse von den gründlichen und ausführlichen Darlegungen des Verfassers Kenntnis nehmen. Kürbitz-Sonnenstein.

— The Report from the Pathological Department of Central Indiana Hospital for Insane Indianopolis, Indiana U. S. A. Superintendent G. Edenharter, zwei Bände 1906/07 und 1908/09, enthält die Resultate der Arbeiten im pathologischen Institute obiger Anstalt in den Jahren 1906, 1907, 1908 und 1909, und zwar

1. Untersuchungen der Se- und Exkrete, des Blutes etc.

2. Beschreibung von 274 Autopsien, Demonstrationen von Leichenteilen.

3. Viele chemische, bakteriologische und mikroskopische Untersuchungen von Geweben und Organen aus Leichen verstorbener Geisteskranken.

4. 136 große mustergültige pathologische Präparate wurden im Museum aufgestellt.

5. Zwanzig schriftliche Arbeiten wurden herausgegeben, welche wichtige Krankheitsfälle behandeln.

6. Über 400 Ärzteversammlungen fanden statt, bei denen über 500 Krankheitsfälle klinisch demonstriert wurden.

7. 204 Vorlesungen wurden in den respektiven Abteilungen den Studenten von den Professoren der Universität in Indianopolis abgehalten.

8. 100 Vorlesungen wurden von dem Anstaltspathologen über Neuropathologie mit Demonstrationen pathologischer Hirn- und Rückenmarks-Präparate gehalten.

9. 1341 Krankheitsfälle wurden in den einzelnen Vorlesungen den Medizin-Studenten von den Professoren der Universität demonstriert.

Die Lektüre der einzelnen Berichte über die klinischen Untersuchungen der Kranken, Autopsien der histologischen, bakteriologischen Untersuchungen

bietet dem Leser viel Stoff zur Belehrung und Erweiterung seiner Fachkenntnisse.

Ein auch kurzer Auszug aus allen diesen instruktiven Berichten würde zu weit führen und wir müssen daher den Leser auf den Bericht selbst verweisen.

Dr. Anton Hockauf, Gugging.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Düren.** Oberarzt Dr. Geller ist nach Düsseldorf-Grafenberg versetzt. Anstaltsarzt Dr. Lenneper ist zum Oberarzt befördert worden. Assistenzarzt Dr. Recktenwald ist von Johannisthal (Süchteln) in gleicher Eigenschaft hierher versetzt worden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale – Fernspr Nr 823

Nr. 42. 13. Januar 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes. Von Dr. Licmann, k. k. Oberbezirksarzt. (S. 419.) — Mitteilungen (S. 424): Buch bei Berlin. Vergrößerung der Heil- und Pflegeanstalt Lohr a. M. Psychiatrie im Roman. — Referate (S. 424). — Personalnachrichten (S. 426).

Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes.

Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag am 7. Oktober 1911.

Von Dr. *Licmann*, k. k. Oberbezirksarzt.

Es klingt befremdend, daß man in einem Zeitalter, in welchem wenige sanitäre Einrichtungen eine ähnliche Entwicklung und einen solchen Aufschwung erfahren haben, wie das Irrenwesen, in welchem durch die Schaffung von großartigen Anstalten und moderne Ausgestaltung der Pflege und Behandlung von Geisteskranken ein so gewaltiger, allgemein anerkannter Fortschritt zu verzeichnen ist, noch von Mängeln der Irrenfürsorge sprechen kann.

Nicht nur meine eigene Erfahrung, sondern auch die der meisten Kollegen wird aber bestätigen, daß speziell bezüglich der Irrenfürsorge auf dem Lande verschiedene Reformen anzustreben sind.

Da sich meine Erfahrungen auf die amtsärztliche Tätigkeit auf dem Lande beschränken, so habe ich, ohne auf andere hierher einschlägige Fragen einzugehen, zum Gegenstande des Vortrages die Mängel der Irrenfürsorge auf dem Lande gewählt, und zwar mit vorwiegender Berücksichtigung des Landes Niederösterreich.

Die uns Amtsärzte interessierenden Übelstände betreffen

1. die Schwierigkeiten der Begutachtung vor der Einweisung,
2. die Schwierigkeiten bei der Verwahrung und die Schwierigkeiten der Überbringung in die Anstalt,
3. die Entlassung von nicht geheilten Geisteskranken,
4. die Übelstände, welche sich bei der Evidenthaltung und Versorgung von harmlosen nicht asylierten Geisteskranken ergeben.

1. Die Begutachtung vor der Einweisung.

Die größte Schwierigkeit bei der Begutachtung der Notwendigkeit der Internierung bilden zweifellos die sogenannten Grenzfälle.

Die statutarischen Bestimmungen verlangen zur Einweisung in die Irrenanstalt entweder die Heilbarkeit oder die Gemeingefährlichkeit der Geistesgestörten.

Also es kommt hier nicht nur die Feststellung eines abnormen Geisteszustandes, sondern auch die für die Notwendigkeit der Internierung maßgebende „Gemeingefährlichkeit" in Betracht.

Jeder Psychiater kennt diese Schwierigkeiten und weiß, daß oft nur auf Grund wiederholter Besprechung und Untersuchung in Verbindung mit längerer Beobachtung ein präzises Urteil, ob es sich um eine Geistesstörung handelt und ob die für die Einweisung in eine Anstalt maßgebenden Erscheinungen im Verhalten des Kranken zutreffen, möglich ist.

Um wieviel schwieriger ist die Begutachtung auf Grund einer einmaligen Untersuchung, besonders wenn sich der Amtsarzt bloß auf die Angaben der Umgebung, so wertvoll dieselben auch unter Umständen für die Beurteilung des Falles sein mögen, verlassen muß.

Die Umgebung drängt auf die Abgabe in die Irrenanstalt oder sucht dieselbe auch zu vereiteln.

Wenn auch ungerechtfertigte Internierungen von Personen in den Irrenanstalten zu seltenen Vorkommnissen gehören und mehr in der sensationslüsternen Journalistik als in der Wirklichkeit vorkommen, muß der Amtsarzt mit Rücksicht auf seine große Verantwortlichkeit bestrebt sein, für seine Amtshandlung die größtmöglichste Deckung zu erreichen.

Es besteht wohl für das Kronland Niederöster-

reich eine Vorschrift, daß man solche Kranke auf die Beobachtungsstation im Allgemeinen Krankenhause in Wien bringen soll, doch ist dieser Vorgang besonders für die von Wien weit entfernten Gemeinden umständlich, der Transport schwierig.

Bei einigen Krankenhäusern am Lande besteht die Einrichtung der Tobzellen, in denen interimistisch Geisteskranke untergebracht werden, oder es werden, wie z. B. in Krems, zweifelhafte Fälle im dortigen Krankenhause einer längeren Beobachtung unterzogen.

Die direkte Abgabe in eine Irrenanstalt findet nur ausnahmsweise statt, wenn der Fall klar und für verläßliche Begleitung gesorgt ist, so daß der Transport voraussichtlich ohne besondere Schwierigkeiten vor sich gehen kann.

Sonst in der Mehrzahl der Fälle wird ein dem Krankenhause zur Verfügung stehender, dem Zweigvereine vom Roten Kreuze gehöriger Krankentransportwagen requiriert, durch den unter Intervention der Krankenhausdiener der Transport ins Krankenhaus bewerkstelligt wird.

Nach mehrtägiger eventuell auch längerer Beobachtung findet bei irrenanstaltsbedürftigen Fällen die Abgabe in die Anstalt in Begleitung geschulter Diener statt.

Nie urteilt nur ein Arzt über die Abgabebedürftigkeit; sowohl der behandelnde, als auch der Amtsarzt, sowie der Abteilungsarzt des Allgemeinen Krankenhauses sind durch die gegenseitige übereinstimmende Ansicht hinreichend gedeckt.

Die Notwendigkeit einer längeren Beobachtung vor der Einweisung läßt sich durch zahlreiche Fälle illustrieren, von denen aber der Kürze halber nur einige angeführt werden, zum Beispiel:

1. Ein Wirtschaftsbesitzer lebt mit seiner Familie seit längerer Zeit im Unfrieden; er hat vor zwei Jahren einen melancholischen Zustand von mehrmonatiger Dauer, der ihn erwerbsunfähig gemacht hat und eine Änderung seines Charakters zur Folge hatte, durchgemacht, was ärztlicherseits erwiesen ist.

Der Gemeindearzt beantragt die amtsärztliche Untersuchung, da laut Angabe der Angehörigen der angeblich Geisteskranke dieselben mit dem Erschlagen bedroht und mit dem Messer auf dieselben losgegangen ist.

Der intervenierende Amtsarzt findet einen in seiner Intelligenz merklich abgeschwächten Mann, der bei der Untersuchung die Angaben seiner Angehörigen höhnisch in Abrede stellt, und kann sich ebenso wie der Gemeindearzt nur auf die Angaben der Angehörigen, die aber durch die Angaben der Nachbarschaft wiederum entkräftet werden, verlassen.

In diesem Falle ist wohl eine einzige Untersuchung zur Abgabe eines Gutachtens, welches die Überbringung in eine Irrenanstalt begründet, nicht ausreichend, der intervenierende Amtsarzt sieht sich aber mit Rücksicht auf die angebliche Gemeingefährlichkeit genötigt, den Mann zu seiner eigenen Deckung aus seiner Umgebung zu entfernen.

Dieser Fall betrifft einen einfachen Menschen. Erschwert werden aber die Umstände, wenn es sich um Personen auf einer höheren sozialen oder amtlichen Stufe und wenn es sich um intime Angelegenheiten der Familie, z. B. Eifersucht handelt, die oft nur in einer beschränkten Weise geäußert werden und deshalb der Öffentlichkeit nicht zur Kenntnis kommen, ferner bei den Fällen der Moral insanity, Imbezillität, Paranoia, wo es sehr häufig von Haus aus zu Parteiungen kommt; der eine Teil strebt die Internierung an, der andere sucht sie zu vereiteln, oft auch aus privatem oder persönlichem Interesse.

In solchen Fällen ist niemals ohne eine längere objektive Beobachtung ein bündiges Urteil möglich; zum Beispiel:

2. Ein Arzt belästigt die Gerichte mit Anzeigen über Kunstfehler der Kollegen und gibt zu mehreren gerichtlichen Exhumierungen Anlaß, so daß der Verdacht einer Geistesstörung aufgetreten ist, aber für eine Internierung in der Irrenanstalt sind nicht genügende Anhaltspunkte vorhanden.

Hier traute sich das Amt nicht einzugreifen, obzwar für den Amtsarzt der Fall klar war; es wurde die Einweisung in eine Anstalt hinausgeschoben und die Unannehmlichkeiten nahmen kein Ende.

3. Ein paranoischer, den besseren Ständen angehöriger Gatte veranlaßt durch glaubwürdig klingende Angaben die Aufnahme seiner Gattin in eine Anstalt, welche bald entlassen wird, da durch die Beobachtung die Angaben nicht bestätigt werden, vielmehr der Verdacht, daß der Gatte geistesgestört sei, begründet wird.

4. Ein Arbeiter der Nordbahn wird wegen Renitenz gegen seine Vorgesetzten vom Dienste entlassen, fordert in zahlreichen Eingaben an die Behörden die Wiederaufnahme und droht in jeder derselben im Falle der Abweisung, daß er den Schnellzug zur Entgleisung bringen werde.

Auch in diesem Falle ist eine einmalige Untersuchung nicht ausreichend und eine Beobachtung notwendig.

5. Ein Maurer, dessen Bewerbung um ein Mäd-

chen abgewiesen wurde, verfällt in Trübsinn und trägt sich mit Selbstmordgedanken.

Der intervenierende Amtsarzt begnügt sich mit den vorgefundenen Erscheinungen, veranlaßt die Internierung wegen Selbstmordgefahr.

Die Anstalt findet jedoch das Verhalten des Mannes nicht genügend psychopathologisch und entläßt denselben nach einigen Tagen.

Die dauernde Beobachtung durch geschultes Pflegepersonal und erfahrene Psychiater konnte in dem zweifelhaften Falle allein die entsprechende Lösung geben.

In diesem Falle wäre auch eine wiederholte Untersuchung mit Rücksicht auf die Selbstmordgefahr und die mangelhaften Überwachungseinrichtungen der Familie oder Gemeinde nicht durchführbar gewesen, da die Verantwortlichkeit den Amtsarzt zum raschen Handeln genötigt hat.

Ein andermal ist der Aufenthalt in der Anstalt für den Betreffenden geradezu ein Freibrief für eventuelle spätere Delikte, indem dann immer wieder auf dessen geistige Minderwertigkeit bezw. den Aufenthalt in der Irrenanstalt hingewiesen wird.

Der Amtsarzt kommt auch sehr häufig in eine schwierige Lage, wenn er den Kranken gerade in einem luziden Intervalle trifft, wie es z. B. bei der epileptischen Geistesstörung in typischer Weise vorkommt, und ist nur auf die Angaben der Umgebung angewiesen, die wieder oft genug von egoistischen Motiven getrieben, schwarz in schwarz malt.

Bei der kurzen Dauer der Untersuchung kann häufig eine richtige Beurteilung des Falles gar nicht stattfinden, der Amtsarzt aber, der doch die volle Verantwortung für allfällige Folgen von Gewalttaten trägt, kann nicht in jedem solchem Falle den Kranken an die Beobachtungsstation in Wien, die ohnehin stets überfüllt ist, schicken, sondern läßt ihn in die nächste Anstalt bringen.

Jedenfalls kann ich nur sagen, und dies ist die Ansicht noch anderer Kollegen, daß eine Untersuchung von Geisteskranken, wie wir Amtsärzte sie leider manchmal üben müssen, für mich etwas Peinliches ist.

Da die Angst vor den Irrenanstalten noch immer eine mächtige ist und von Zeit zu Zeit das Vorurteil gegen die maßgebenden Faktoren besonders dann wieder auflebt, wenn sich irgendwo die Internierung einer illustren Persönlichkeit ereignet hat, muß alles vermieden werden, was zu einer direkten Einweisung von nicht ganz klaren Fällen in die Irrenanstalt führt, und es ist die Forderung von einer Vermehrung der Beobachtungsstationen, welche am besten an die öffentlichen Irrenanstalten, wo geschulte Ärzte, geschultes Pflegepersonal vorhanden ist, anzugliedern wären, berechtigt.

2. Die Verwahrung der Geisteskranken vor der Aufnahme und die Überbringung in die Anstalt.

Die Verwahrung der Kranken vor ihrer Überbringung in die Anstalt sowie der Transport derselben in die Anstalt ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden, denn bei sehr gefährlichen Kranken reichen besonders in kleinen Gemeinden die zur Verfügung stehenden Beschränkungsmittel ebenso wenig aus, wie das zum Transporte nötige Personal.

Bei solchen gefährlichen Zuständen reichen auch die Einrichtungen kleiner Krankenhäuser, wo man eventuell die Kranken vorläufig unterbringen könnte, nicht aus.

Oft ist es der Gemeindearrest, der dem Kranken bis zur Ankunft des Amtsarztes als Aufenthalt dient, und noch häufiger kommt die oft unzweckmäßig angelegte Zwangsjacke, welche den Kranken in seinem Bewegungsdrange einschränken soll, in Verwendung, so daß der Kranke schließlich ganz zerschunden in der Anstalt einlangt.

Ich wurde zu einem bereits wiederholt interniert gewesenen Kranken gerufen, dessen Zustand sich wieder verschlimmert hat und dessen neuerliche Internierung notwendig wurde.

Der Bürgermeister erhielt wohl den Auftrag, die Überbringung des gewalttätigen Kranken in die Anstalt ehestens zu veranlassen, doch fand er keine Leute, die sich an den kräftigen Irren herangewagt hätten, bis endlich nach langem Hin- und Herverhandeln durch die Intervention eines abgeordneten Pflegers aus der Irrenanstalt Ybbs die Überbringung in die Anstalt, und zwar ohne alle Schwierigkeiten, durchgeführt wurde.

In einem anderen Falle kam ich, nebenbei bemerkt, sofort nach der Anzeige, in eine Gemeinde, wo der Kranke im Gemeindearreste „versorgt" war.

Die Türe war versperrt und durch einen Balken verrammt.

Der Kranke war inzwischen nicht untätig, demolierte den Ofen, bearbeitete mit einer Eisenstange Tür und Mauer und war nahe am Ausbrechen, wobei er sich die Hände blutig zerschunden hatte.

Er folgte mir willig in die Anstalt.

In einem dritten Falle kam ich zu einem Erysipelkranken, der mit einem Küchenmesser in der Hand seine Umgebung bedrohte, so daß dieselbe aus Angst Fenster und Türe verrammte.

Es gelang später unter Schwierigkeiten, dem Kranken die Zwangsjacke anzulegen, so daß der Transport in die Anstalt ermöglicht wurde.

Aber auch in Fällen, die nicht zu den gefährlichen gehören, hat die Internierung ihre Schwierigkeiten, wenn sie durch die Organe kleiner Gemeinden oder durch Private durchgeführt werden soll.

Die Frau eines Schneidermeisters W. in P. leidet an Paranoia, sie hält den Pfarrer für ihren Bruder, begehrt fortwährend Einlaß in den Pfarrhof, beschimpft das Personal und stört den Gottesdienst, indem sie auf die Wirtschafterin des Pfarrers losgeht, sie beschimpft und tätlich insultiert.

Auf Grund des amtsärztlichen Gutachtens wurde die Abgabe in die Irrenanstalt verfügt, aber nicht durchgeführt, weil der Gatte versprach, sie zu Hause strenge zu überwachen. Nun stellte es sich heraus, daß der Gatte selbst ein Trinker ist und seine Frau mit Schlägen traktiert.

Es kommen neuerlich seitens des Pfarrers schriftlich und telegraphisch Ansuchen um die Abgabe der Kranken in die Irrenanstalt, und es waren wiederholte Aufträge an den Bürgermeister nötig, bis die Kranke der Anstaltsbehandlung zugeführt wurde.

Es ist wohl klar, daß solche Verhältnisse einer Änderung bedürfen.

Die sofortige Beistellung sachgemäßer Pflege kann so manches Unheil verhüten und ist dringend notwendig.

Entweder sollten von den Irrenanstalten in der Irrenpflege geschulte Pfleger oder von anderen Körperschaften, z. B. nach dem Vorbilde der Hauskrankenpflege herangebildete Personen gegen entsprechende Bezahlung den Gemeinden zur Wartung der Kranken und zur Durchführung des Transportes zur Verfügung gestellt werden.

Die Kosten hierfür würde die Gemeinde oder die Partei gewiß gern tragen.

3. Die Entlassung von ungeheilten und nicht anstaltsbedürftigen Kranken.

Die Entlassung aus der Irrenanstalt geschieht nach den bestehenden Bestimmungen entweder als „geheilt" oder „in häusliche Pflege beurlaubt" oder „gegen Revers".

Die häufigste Form der Entlassung ist die gegen Revers.

Die Reversentlassung geschieht bekanntlich in folgender Weise:

Jeder Kranke muß unter gewissen Verhältnissen über Verlangen der Partei aus der Anstalt entlassen werden; bei gemeingefährlichen Kranken sucht sich die Anstalt dadurch zu decken, daß sie einen sogenannten Polizeirevers verlangt, das heißt, sie beschreibt das Verhalten des Kranken und stellt die Bedingungen, die eingehalten werden müssen, falls der Kranke aus der Anstalt genommen wird.

Dieses Reversgutachten gelangt an die Gemeinde und an die politische Behörde, wo der Amtsarzt den Antrag zu stellen hat, ob die häuslichen Verhältnisse wirklich derart sind, wie sie die von der Anstalt vorgeschriebenen Bedingungen zur Abwendung von gemeingefährlichen Handlungen des Kranken, aber auch zur entsprechenden Pflege und Beaufsichtigung desselben verlangen.

Diese Antragstellung ist oft sehr schwierig und verantwortungsvoll.

Beim Ausbruch der Geistesstörung wird auf die schleunigste Internierung gedrängt, aber ebenso gedrängt wird in vielen Fällen nach kurzer Zeit auf die Herausgabe der Kranken aus der Anstalt.

Nun sollte sich der Amtsarzt vor der Stellung eines Antrages persönlich von den Verhältnissen und der Möglichkeit, die geforderten Bedingungen einzuhalten, überzeugen können, ebenso wie er oder ein anderes Organ durch fortlaufende Kontrolle nicht allein die Aufrechterhaltung der geforderten Bedingungen beaufsichtigen, sondern auch hinsichtlich eventueller Änderungen im Zustande des Kranken informiert sein müßte, damit die öffentliche Sicherheit sowie der Schutz der Kranken gedeckt erscheinen.

In der Regel muß sich der Amtsarzt bei der Antragstellung, wenn er die häuslichen Verhältnisse nicht zufällig persönlich kennt, auf das Gutachten der Gemeinde verlassen, wenn er es nicht vorzieht, durch die Gendarmerie Erhebungen pflegen zu lassen.

Wie lau mit der Erfüllung der durch die Fertigung des Reverses übernommenen Pflichten vorgegangen wird, ist aus folgenden Beispielen zu ersehen:

Ein gegen Revers entlassener Kranker wird von seinem Bruder abgeholt, und auf dem Wege nach Hause läßt ihn dieser mit den Worten: „schau daß du weiter kommst, ich habe zu Hause keinen Platz für dich", laufen.

Der Kranke wurde nach einiger Zeit in Hamburg aufgegriffen.

Daß durch so einen Vorgang der Gemeinde oder der Armenbehörde ganz unnötige Auslagen erwachsen, ist selbstverständlich.

Ein zum zweiten Male internierter Paranoiker, der vor der Internierung seine Frau und die Hausgenossen, den Gerichtsarzt und den Richter bedroht, in der Anstalt sich aber klagelos aufführt, wird von seinem in Wien wohnhaften Bruder, der von Wien

die Bestätigung des Reverses beibringt, übernommen, und zwar unter der Bedingung, daß er gehindert wird, seinen früheren Aufenthaltsort bezw. seine Familie wieder aufzusuchen.

Er ist entlassen und kehrt selbstverständlich nach einigen Tagen zu seiner Gattin zurück, die er sofort zur Rechenschaft zieht und aufs neue bedroht, ebenso hört er auch wieder die Hausbewohner über sich schimpfen und belästigt dieselben, was wieder zu bedrohlichen Auftritten im Hause Anlaß gibt, und die neuerliche Internierung ist unausbleiblich.

Ein anderer Paranoiker (Alkoholiker) wird von einem Anverwandten aus der Anstalt gegen Revers herausgenommen; es war eine Anstalt in Steiermark, der Revers von einer Bezirkshauptmannschaft desselben Kronlandes bestätigt.

Er wird von demselben bis Hieflau gebracht und dann einfach freigelassen, so daß er ungehindert zu seiner Gattin nach Amstetten fahren kann, die er sofort mit seinem Eifersuchtswahn zu quälen beginnt, sich wieder dem Trunke ergibt, so daß seine neuerliche Abgabe in eine Anstalt nicht zu vermeiden war, während er vielleicht in einer anderen Umgebung haltbar gewesen wäre.

Zur Vermeidung ähnlicher Vorkommnisse wäre die Einhaltung der Bedingungen des Reverses, damit nicht leichtsinnig vorgegangen wird, unter Strafe zu stellen.

Den größten Prozentsatz von wiederholten Internierungen bilden jedenfalls Alkoholiker, die sich in einer Anstalt klagelos aufführen, außerhalb der Anstalt, wenn auch geheilt entlassen, nach kurzer Zeit rückfällig werden, so daß sie wieder interniert werden müssen.

Für diese Elemente muß unbedingt eine lang dauernde Verwahrung eventuell in besonderen Anstalten, wozu aber die Entmündigung rückfälliger Trinker als eine unerläßliche Forderung eingeführt werden müßte, verlangt werden.

So manche Rezidive könnten wohl verhindert werden, wenn ortsbekannte Alkoholiker in den Alkoholschenken des Aufenthaltsortes mit dem Verbote, denselben Alkoholgetränke zu verabfolgen, und mit Strafandrohung im Falle des Überschreitens des Verbotes kurrendiert werden möchten.

Durch die Nichtbestätigung des Reverses kann die polizeiliche Behörde die Entlassung von Geisteskranken, von denen sie vermutet, daß sie in häuslicher Pflege nicht haltbar sind, verhindern, schwer ist es aber in einzelnen allerdings seltenen Fällen — ich erwähne dieselben, ohne gegen die Anstaltsleitungen einen Vorwurf erheben zu wollen — einzuschreiten, wenn Irre ohne Revers dauernd oder auf Urlaub aus der Anstalt in häusliche Pflege entlassen werden, ohne daß die Aufsichtsbehörde von solchen Entlassungen in Kenntnis gesetzt wird.

Eine gemeindeamtliche Überwachung solcher Fälle ist bisher durch das Gesetz nicht vorgesehen, und es wäre sehr wünschenswert, daß bei in häusliche Pflege entlassenen Kranken ein Kontakt zwischen Anstalt und Behörde bestehen und in manchen Fällen die Mitteilungen von der Entlassung durch ausführlichere Angaben ergänzt würden.

Von Kollegen werden mir zur Illustration folgende Fälle angegeben:

Ein 33jähriger Mann aus einer Familie, deren Mitglieder durchwegs geistig abnorm sind, belästigte seit Monaten die Hausgenossen durch irre Reden; er hielt sich für den Kaiser aller Kaiser, habe Millionen zu verschenken, jeder der sich melde, bekomme von ihm ein ganzes Land usw.

Dadurch, daß er des Nachts, um seine Verfolger zu erspähen, bewaffnet auf die Straße ging, schließlich auch seine Angehörigen bedrohte, erschien er denselben gemeingefährlich, worauf der Amtsarzt im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzte dessen Abgabe in das Krankenhaus zu veranlassen suchte.

Im entscheidenden Momente, als der Krankenhausdiener und die Polizei erschien, wurde die Abgabe von den Angehörigen selbst vereitelt, die Türe verrammt und ein großer Skandal im Hause provoziert.

Am nächsten Tage gelang es gütlichem Zureden des Vaters doch, den Kranken und dessen Mutter, die an schwerer an Psychose grenzender Hysterie litt, zum freiwilligen Aufsuchen des Krankenhauses zu bewegen.

Nach einwöchiger Beobachtung wurde der Kranke und dessen Mutter in eine Anstalt abgegeben, nach einigen Tagen kam die Mutter zurück, nach nicht ganz zwei Wochen der Sohn, ohne Revers und ohne eine Verständigung der Behörde.

Beide sind in häuslicher Pflege, d. h. der gleichfalls an der Grenze des Normalen stehende Vater ist der Überwacher.

Mit höhnischem Lachen teilte er dem Amtsarzt mit, daß beide wieder daheim sind.

Ein weiterer Fall betrifft einen wegen eines somatischen Leidens am 17. September 1910 im Krankenhause aufgenommenen Patienten, bei dem außer einer Kopfverletzung anamnestisch nichts in psychopathischer Hinsicht Belangreiches festzustellen war.

Während des Spitalaufenthaltes traten melancholische Verstimmungen, Widersetzlichkeit und Händelsucht auf, er betete und sang stundenlang.

Am 7. Oktober 1910 über brüskes Verlangen entlassen, kam er am nächsten Tage wieder, und bald nach der neuerlichen Aufnahme stellten sich epileptische Krämpfe mit nachfolgender Amnesie, melancholischer Verstimmung und Selbstmordideen ein.

Nun wurden die grundlosen Belästigungen und Mißhandlungen der Zimmergenossen immer häufiger. Patient bedroht die übrigen Patienten mit dem Messer, droht den Wärtern mit Erstechen, mißhandelt und verletzt sie.

Diagnose: Epileptisches Irresein.

Wegen Mehrung der Exzesse und Gemeingefährlichkeit Abgabe in die Irrenanstalt.

Diese Krankengeschichte war im Fragebogen reproduziert, der vom Abteilungsarzt ausgestellt und vom Amtsarzte mitgefertigt war.

Begreiflich ist die Mißstimmung des Amtsarztes, als der Patient am dritten Tag entlassen wurde und sich sofort in das Spital, um dort zu exzedieren, begab.

Es bleibt nur die Annahme übrig, daß die Anstalt das in der Krankengeschichte geschilderte Verhalten des Patienten als eine Simulation aufgefaßt hat, aber dann hätte es sich empfohlen, den Pat. mit Rücksicht auf die vorgefallenen gemeingefährlichen Handlungen dem Gerichte zu überstellen oder zum mindesten die gerichtliche Anzeige zu erstatten und die politische Behörde ebenfalls zu verständigen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Buch** bei Berlin. Die vierte Irrenanstalt in Buch geht ihrer Vollendung entgegen. Die Pavillons, zwölf an der Zahl, sind im Rohbau fertig und bedürfen nur noch des inneren Ausputzes und der Inventarisierung. Die Gesamtanlage ist die gleiche wie bei der übrigen Krankenstadt in Buch, und Geh. Baurat Dr. Ing. Hoffmann hat auch bei der neuen Anlage den gleichen künstlerischen Geist walten lassen wie bei Errichtung der drei ersten Krankenanstalten. Die Baukosten der vierten Irrenanstalt belaufen sich auf 12,5 Millionen Mark, von denen fünf Millionen bereits verbaut sind. Die Gesamtkosten sind bereits generell von der Stadtverordneten-Versammlung bewilligt worden; die restlichen 7,5 Mill. werden in die Etats der nächsten beiden Jahre eingestellt werden.

— **Vergrößerung der Heil- und Pflegeanstalt Lohr a. M.** Die Unterfränkische Heil- und Pflegeanstalt Lohr a. M. soll nach einer uns zugegangenen Meldung zunächst durch den Bau eines Gesellschaftshauses und Betsaales vergrößert werden. Eine Kirche wird nicht, wie anders gemeldet, errichtet. Die Kosten für die Ausführung der Neubauten werden etwa 100000 M. betragen. „Die Bauwelt."

— **Psychiatrie im Roman.** In der Nummer 300 der Unterhaltungsbeilage der Täglichen Rundschau vom 22. Dezember 1911 findet sich in dem Roman: „Aus den Memoiren der Prinzessin Arnulf. Herausgegeben von Olga Wohlbrück." folgende Stelle:

„Weißt du, was sie mit mir gemacht haben dort? Zwischen vier Gummiwände haben sie mich gesperrt, weil ich nach dem Mittel schrie, das meine Schmerzen lindern sollte. Wie ein Tier gefesselt haben sie mich in die Badewanne gelegt, eine Maske vor dem Gesicht — weil sie fürchteten, daß ich ihnen die Hände durchbeißen würde — wie ein tollwütiger Hund. Die Wärterin haben sie mit Schimpf und Schande davon gejagt, weil sie Erbarmen gehabt hat mit mir."

„Und du glaubst, ich — die ich auf der ganzen Welt nichts habe als ihn — ich werde das zugeben? Werde zugeben, daß ihr ihn einsperrt zwischen vier Gummiwände, wie ich eingesperrt war . . .?"

Es ist ja reine Geschmackssache, wo eine Autorin sich ihren Stoff sucht, ob sie in ihren Ausführungen eine Irrenanstalt, oder wie es hier heißt „Privatanstalten, wo so ein Zustand, schonend behandelt, der Heilung entgegengeführt wird", ihren Lesern schildern will. Jedenfalls aber dürfte man verlangen, daß jene Anstalten, in denen der düstere Ernst des Lebens überall durch werktätige Nächstenliebe gemildert wird, im Lichte der Wirklichkeit geschildert werden.

Man kommt als Psychiater sonst in Versuchung, der Schriftstellerin zuzurufen jenes Wort aus Chwolsons „Hegel, Haeckel und Kossuth und das zwölfte Gebot": Ihr habt das zwölfte Gebot vergessen (das elfte existiert ja bereits in verschiedenen Formen): Du sollst nie über etwas schreiben, was du nicht verstehst! S.

Referate.

— Bossi, Prof. Dr., Frauenklinik in Genua, Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1911.)

Bossis interessante Ausführungen lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen:

Nicht weniger als die Hälfte der Selbstmorde bei Frauen sind gynäkologischen Ursprunges und kommen besonders entweder während der geschlechtlichen Entwicklung vor, oder bei verzögerter Entwicklung oder bei menstrualen Krisen, nämlich kurz vor, während oder nach einer Menstruation, wie sich auch Selbstmorde oder Selbstmordversuche oftmals während einer Schwangerschaft, eines Puerperiums oder der Menopause ereignen. Diese physiologischen Momente sind das ätiologische, gelegentliche Moment einer

Veranlagung, die durch die gynäkologischen Läsionen unterstützt wird.

In 20% der Fälle ist der Selbstmord die Folge der physischen Läsionen.

Bei den verschiedenen Formen der Metropathien tritt die Selbstmordtendenz verschieden stark auf. Bei den relativ leichten Läsionen ist sie stärker, während bei den bösartigen Tumoren etc. diese seiner Erfahrung nach geringer ist.

Dagegen zeigt die Knickung des Uterus und die Retroversio uteri mit nachfolgender infektiöser Endometritis die häufigsten Fälle von Selbstmord. Die Intoxikation, welche von dieser Endometritis ausgeht, scheint eine wichtige Rolle zu spielen.

Am meisten begegnen wir der Selbstmordneigung während der Menstruation, da während dieser Zeit die Toxine reichlicher gebildet werden, da die Hyperämie des Uterus bei endometritischen Erkrankungen stärker wird; besonders wenn eine Retroflexio uteri vorliegt, bleibt der reichlicher gebildete Eiter in der Uterushöhle liegen; die Toxine überschwemmen das Blut in weit größerer Menge.

Dazu kommen noch die sozialen Momente und die familiäre Umgebung, in welcher die Kranke lebt.

Bossi deduziert auf Grund dieser Beobachtungen, daß 50% der Selbstmorde in den relativen Epochen der physiologischen Krisen des sexuellen Lebens vorkommen, wie: Entwicklung, Menstruation, Puerperalzustand, Menopause. Diese Krisen stellen Gelegenheitsursachen dar in einem Individuum, das durch gynäkologische Krankheit dazu neigt, und diese Neigung ist durch Erblichkeit, durch verschiedene persönliche Tendenzen, durch schlechte soziale und familiäre Umgebung verstärkt.

Einige interessante Fälle illustrieren diese Ausführungen Bossis.

Eine manisch-depressive Kranke, welche zehn Monate krank war und fünfmal Selbstmordversuche unternahm, wies eine Retroflexio uteri auf. Bossi brachte durch eine konservierende Operation den Uterus in seine richtige Lage. Bald stellte sich eine vollkommene, anhaltende Genesung ein.

Eine andere Kranke, welche sieben Jahre geisteskrank (Dementia praecox) war und sich immer zum Fenster hinausstürzen wollte, konnte Bossi ebenfalls heilen. Er fand eine eitrige Endometritis als Folge eines früheren Abortes und eine Retroversio uteri. Die Heilung währt seit 14 Jahren.

Eine andere Kranke wurde durch Einlegen eines Pessarium Hodge geheilt.

Noch andere Fälle gleicher Art illustrieren die Ausführungen des italienischen Gynäkologen.

„Die Genesung des Genitalapparates, welche die Daseinsberechtigung jener vorübergehenden Augenblicke der Unverantwortlichkeit ausschaltet, stellt eine sichere Prophylaxe gegen jene Selbstmorde dar, die ich gerade gynäkologischen Ursprungs nenne.“

Eine allgemeine Prüfung dieser eminent wichtigen Ergebnisse — wie sie in ähnlicher, aber nicht so überzeugender Weise schon früher berichtet wurden — ist dringend geboten und dazu soll dieses Referat anregen. Dr. Paul Michaelis-Posen.

— Kabisch-Frankfurt a. M., Dr. med. C., Erfahrungen mit Eleptin in der Praxis. Moderne Medizin, 1911, Nr. 9.

Die Eleptin-Tabletten sind weißlich, den Emserpastillen an Größe etwa gleich und werden zu täglich dreimal 2 bis 3 Stück in etwas Wasser verordnet.

Zusammensetzung der Eleptin-Tabletten: Natr. bromat. 30, Kal. bromat. 30, Zinc. oxyd. 1, Piperazin 2, Phenacetin 2, Sulfonal 1, Sal. physiolog. 10, Natr. bibor. 30, Cerebrin 4.

Über irgendwelche unangenehmen Neben- oder Nachwirkungen oder schlechte Bekömmlichkeit ist dem Verf. seitens der Patienten nie etwas mitgeteilt worden.

„Es handelt sich bei den Eleptin-Tabletten um das Prinzip der Kombinierung der Arzneimittel und der dadurch hervorgerufenen kumulierenden Wirkung derselben. Wenn nämlich das eine oder andere keine Wirkung mehr hervorruft, wird diese oft durch die Kombination mit anderen Mitteln in vollem Maße hergestellt.“

Verf. illustriert an Hand einiger Beispiele aus der eigenen Praxis seine seitherigen günstigen Erfahrungen etwas näher.

Er ist auf Grund seiner eigenen Beobachtungen „fest davon überzeugt, daß man bei der Behandlung der genannten Krankheiten in diesen Tabletten eine nicht zu unterschätzende Waffe in der Hand hat, mit der man den bedauernswerten Patienten ihre Lage ganz wesentlich zu erleichtern vermag.“

— Schmidt-Jena, Dr. H., Epikurs Philosophie der Lebensfreude. Leipzig, Alfred Krönes Verlag. Taschenausgabe. In Leinwand gebunden Preis 1 M.

Nicht nur die Wissenschaft, auch das erwachende Leben knüpft wieder an den richtig verstandenen Epikuräismus an, der eine durchaus gesunde, natürliche, frohe Lebensauffassung bietet, jenem Sinn und Streben des Lebens, die mit „Heiterkeit nach hohen Zielen“ wandeln. Das vorliegende Büchlein gibt eine bequeme Orientierung. Interessant ist darin der Hinweis, daß schon Epikur die Unterscheidung von objektiver und subjektiver Wahrheit kennt und letztere den Einbildungen der Wahnsinnigen wie den Trauminhalt beimißt.

— Abraham, Dr. Karl, Arzt in Berlin, Giovanni Segantini. Ein psychoanalytischer Versuch. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911. 65 S.

Verf. erkennt nach Freudschen Anschauungen dem unbewußten Triebleben der Kindheit auch bei Segantini eine maßgebende Bedeutung zu, vor allem der ursprünglich rein erotischen, später in Form von Verehrung sublimierten Liebe zur Mutter. Neurotische Stimmungsschwankungen führten Segantini zur zeitweiligen Verneinung des Lebens, und infolge eines solchen unbewußten Zustandes — in diesem Falle gleichbedeutend mit mangelhafter körperlicher Schonung — meint Verf. erlag Segantini seiner letzten Krankheit. Der Künstler selbst hatte noch kurz vor seinem Tode ganz andere Anschauungen hierüber geäußert

Wenn es schon schwer ist, durch psychoanalytische Untersuchungen von Mund zu Mund, die oft Monate und länger in Anspruch nehmen, zu einem wenigstens für einen Freudianer einigermaßen annehmbaren Resultat zu gelangen, so erscheint mir ein Versuch, aus Werken und spärlichen, meist durch Dritte überkommenen Äußerungen eine psychoanalytische Erklärung des Lebens und Wirkens eines Menschen zu geben, fast aussichtslos. Albrecht-Treptow.

— Börger, Dystrophia muscularis progressiva mit hochgradigen Muskelkontrakturen und Knochenatrophien, ein kasuistischer Beitrag. München, 1911.

Obiger Titel gibt den Inhalt der Dissertation des Verf. wieder. Eine genaue Krankengeschichte läßt uns die Entwicklung des Leidens erkennen, dessen Ausgangspunkt B. in den Muskeln und Knochen selbst, und zwar in der embryonalen Anlage sucht; mehrere Röntgenbilder illustrieren das Ganze.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen.** Dr. Hans Schmitz aus Dortmund ist als Assistenzarzt am 25. November 1911 in die hiesige Anstalt eingetreten.

— **Hannover.** An der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen ist Dr. med. Friedrich Buddee aus Greifswald als Assistenzarzt einberufen worden.

— **Hohe Mark i. Taunus.** Das Ehrenkreuz des Greifenordens wurde vom Großherzog von Mecklenburg verliehen dem Professor Dr. Friedländer.

— **Gugging.** Dr. Oskar v. Hovorka, Sekundärarzt an der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Gugging, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Gesellschaft für Völker- und Erdkunde in Stettin ernannt.

— **Karlsruhe.** Privatdozent Dr. med. et phil. W. Hellpach wurde zum Professor ernannt.

— **Bonn.** Privatdozent Oberarzt Dr. Hübner wurde zum Professor ernannt.

— **Dresden.** Der Medizinalpraktikant an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dr. Martin Weicksel wurde als Assistenzarzt angestellt.

Berichtigung.

Über dem Aufsatz in Nr. 41 dieser Zeitschrift: Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten ist versehentlich der Name des Verfassers weggeblieben. Verfasser ist Herr Regierungsrat Dr. Josef Schweighofer, Direktor der Landesheilanstalt in Salzburg.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 43. 20. Januar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Die Errichtung einer besonderen Abteilung im Reichsgesundheitsamt zur Bekämpfung der Nerven- und Geisteskrankheiten. Von Dr. Sigmund Auerbach, Frankfurt a. M. (S. 427.) — Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes. Von Dr. Licmann, k. k. Oberbezirksarzt. (Schluß.) (S. 430.) — Aufnahme und Entlassung. Von Regierungsrat Dr Josef Schweighofer, Salzburg. (S 432.) — Mitteilungen (S. 434): Die Zentralisation der Irrenfürsorge im Königreich Sachsen. Kurs und Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen. — Personalnachrichten (S. 436).

Die Errichtung einer besonderen Abteilung im Reichsgesundheitsamt zur Bekämpfung der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Dr. *Siegmund Auerbach*, Frankfurt a. M.

In den letzten Jahren ist in der Fachpresse wiederholt die Frage erörtert worden, ob die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt notwendig sei. Zuerst und besonders lebhaft hat Sommer-Gießen*) sie im Anschluß an den internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke (Berlin 1910) befürwortet. Vor kurzem ist nun auch Alzheimer-München**) für die Erweiterung des Reichsgesundheitsamtes nach dieser Richtung hin eingetreten. Nach Sommers Organisationsplan sollte eine solche Sektion umfassen: 1. Eine Abteilung für Statistik und Anstaltswesen; 2. eine klinische Abteilung, welche besonders die Untersuchungsmethoden und die Ursachenforschung zu pflegen hätte; 3. eine Abteilung für forensische Psychiatrie, die sich zum Teil mit den vielen in die Tagespresse gelangenden, zum Teil irrtümlichen Mitteilungen über psychiatrische Begutachtungsfälle zu beschäftigen hätte; 4. eine Abteilung für Vererbungslehre und psychische Hygiene im weitesten Sinne. Diese große Arbeit sollte nach Sommer von verschiedenen Spezialforschern geleistet werden, denen ihr besonderes Tätigkeitsfeld von einer Oberleitung zugewiesen werden müßte.

Weder die Reichstags-Kommission, der Sommer seinen Plan vorlegte, noch der Regierungsvertreter akzeptierte die Vorschläge dieses Autors, obwohl anerkannt wurde, daß sie beachtenswerte Anregungen enthielten. Der Regierungskommissar konnte eine Zentrale für psychiatrische Forschung und Irrenpflege als Reichsbehörde nicht in Aussicht stellen. Der Berichterstatter der Kommission betonte, daß die Einrichtung klinischer Institute beim Reichsgesundheitsamte nicht angängig sei.

Alzheimer (l. c.) weist nun darauf hin, daß die oben sub 2 hervorgehobene Vervollkommnung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden in den zahlreichen jetzt bestehenden und mit genügenden Mitteln ausgestatteten Kliniken erfüllt werden könne, und daß das Reichsgesundheitsamt wohl schwerlich das leisten könne, was Sommer sub 3 in forensisch-psychiatrischer Beziehung verlange. Hingegen entsprächen die übrigen von Sommer namhaft gemachten Ziele durchaus dem Rahmen der Aufgabe, die dem Reichsgesundheitsamt bei seiner Gründung gestellt wurde, nämlich die Verhütung und Bekämpfung von Volkskrankheiten, die immer von der Erkennung und Beseitigung ihrer Ursachen ausgehen müssen. A. betont die enorme soziale Bedeutung geistiger Krankhaftigkeit, die schon allein aus der großen, immer noch in Zunahme begriffenen Zahl geistig Abnormer jeglicher Art hervorgehe. Die Frage, ob diese Zunahme von Anstaltsinsassen auf umfassenderer Fürsorge oder auf Erschwerung des Kampfes ums Dasein oder auf einer zunehmenden Entartung des Volkes beruhe, müsse mittels groß angelegter Statistiken möglichst sicher entschieden werden. Hierzu, sowie zu den wichtigen systematischen Familienuntersuchungen, ohne welche wir über die Bedeutung der Vererbung keine Klarheit gewinnen können, sei die Mitwirkung staatlicher Hilfe und Institutionen unumgänglich notwendig. Die psychiatrische

---

*) Sommer, Eine psychiatrische Abteilung des R.-G.-A. Psych.-Neurol. Wochenschrift, 1910, Bd. 12, S. 295.

Derselbe: Zur Frage einer psychiatrischen Abteilung des R.-G.-A., ebenda, 1911, Bd. 13, S. 31.

**) Alzheimer, Ist die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im R.-G.-A. erstrebenswert? Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psychiatrie, 1911, Bd. VI, S. 242.

Statistik und Ursachenforschung gehören zu den Bestrebungen, die man unter dem Namen der Rassenhygiene oder Eugenik zusammengefaßt hat, für die man in England und Amerika schon eigene Institute besitzt. „Es steht", so sagt Alzheimer, „Deutschland schlecht an, das auf dem Gebiete der Ursachenforschung und Bekämpfung der Infektionskrankheiten in der vordersten Reihe gestanden hat, hier zurückzubleiben."

Ich glaube nun, daß die hier von Psychiatern geforderte besondere Abteilung des Reichsgesundheitsamtes ihre Tätigkeit gleichzeitig auf die Prophylaxe der Nervenkrankheiten sensu strictiori zu erstrecken hätte. Hier sind es vor allem die schweren, zur Erwerbsunfähigkeit führenden Formen der Neurasthenie, die teils durch endogene, teils durch exogene Ursachen zustande kommen. Jeder Nervenarzt der Großstadt weiß, welche Einbuße der Nationalwohlstand durch diese am Marke des Volkes zehrenden Krankheiten erleidet, wieviel Familienglück durch sie zerstört wird. Ganz ähnlich wie Alzheimer habe ich mich bereits früher geäußert. Ich*) sagte damals: „Es ist auffallend, wie wenig sich bis jetzt die Hygiene, deren vornehmste Aufgabe es doch ist, Krankheiten zu verhüten und ihre Ausbreitung zu verhindern, um die Prophylaxe der Nervenkrankheiten gekümmert hat. Sie treten allerdings nicht so akut und massenhaft auf, wie manche Infektionskrankheiten, gegen die sofort die Behörden und bald auch die Gesetzgebung in Bewegung gesetzt wird; sie nagen langsamer, aber mit unfehlbarer Sicherheit an einem der größten Schätze, die die Menschen besitzen, nämlich an ihrer Arbeitskraft." Sie schädigen natürlich auch die kommenden Geschlechter, indem sie bei weiterer Zunahme die neuropathische Anlage in bedenklichem Grade ausbreiten.

Die Erforschung der diesen Erkrankungen zugrunde liegenden konstitutionellen Faktoren hat ähnliche Wege zu gehen, wie die Ursachenforschung bei den Geisteskrankheiten. In dieser Beziehung sei auf das oben Gesagte verwiesen. Von den äußeren ätiologischen Momenten, die für die Neurosen sowie für die Psychosen in gleicher Weise in Betracht kommen wird schon jetzt vom Reichsgesundheitsamt dem Alkoholmißbrauch intensive Aufmerksamkeit geschenkt. Nun gibt es aber meines Erachtens unter den äußeren Ursachen der schweren Formen von Nervenerschöpfung noch einige andere, deren systematische Bekämpfung der neu einzurichtenden Abteilung des Reichsgesundheitsamtes obliegen müßte. In erster Linie ist hier der Lärm zu nennen. Auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Wiesbaden 1908 hat Prof. Cramer-Göttingen in seinem Referat „Über die Ursachen der Nervosität" anerkannt, daß der Lärm, namentlich in den Großstädten, als eine Ursache dieses Leidens anzusehen und deshalb zu bekämpfen ist. In der oben angeführten Broschüre habe ich dieses Thema eingehend behandelt, ebenso wie die Frage, welche Arten von Lärm hierbei in Betracht kommen. Ich betonte, daß man nur den vermeidbaren Lärm, die unnötigen Geräusche in Angriff nehmen kann und soll. Es handelt sich um solche Geräusche, durch die eine größere Zahl von Einwohnern in ihrer Gesundheit geschädigt werden, durch deren Beseitigung, Milderung oder gesetzliche Regelung aber berechtigte Interessen anderer nicht in erheblicher Weise verletzt werden. Auf Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen. Ich untersuchte auch die Mittel, die uns zur Zeit bei unserem Kampfe zur Verfügung stehen, und kam zu dem Ergebnis, daß am meisten noch von den Fortschritten der Technik zu erwarten sei, daß aber auch hier die Schwierigkeiten viel größer seien, als man gewöhnlich annimmt, vor allem deshalb, weil es noch an einwandfreien, grundlegenden anatomischen, physiologischen und physikalischen Untersuchungen bezüglich der Schalldämpfung fehle. Ferner betonte ich, daß der von den Verwaltungsbehörden und den Gerichten bezw. der Gesetzgebung gewährte Schutz gegen gesundheitsschädlichen Lärm höchst mangelhaft sei. Schon früher*) hatte ich im einzelnen auf die unbegreiflichen Widersprüche in den Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe hingewiesen. Die mildesten, aber doch für einen großen Teil der Einwohnerschaft wohltätigen Polizeiverordnungen wurden aus formal-juristischen Gründen für ungültig erklärt, so daß die Initiative der Polizei hier völlig lahm gelegt ist. Da die Gerichtsentscheidungen gezeigt haben, daß es nicht angängig ist, dem Richter auf diesem Gebiete zu viel Spielraum zu lassen, so muß meines Erachtens die Klinke einer speziellen Gesetzgebung, und zwar der Reichsgesetzgebung in Bewegung gesetzt werden. Ebenso wie wir ein Reichsgesetz betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln usw., wie wir ein solches betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen und

*) Siegmund Auerbach, Der Kampf gegen den Lärm. Mahlau & Waldschmidt, Frankfurt a. M., 1910.

*) Ein Reichsgesetz betreffend die Gesundheitsschädigung durch Lärm. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 14.

noch mehrere andere die Gesundheit schützende Reichsgesetze haben, so muß auch ein solches betreffend die Gesundheitsschädigung durch Lärm erlassen werden. In London hat bereits das „Street-Noise-Abatement Committee" ein Gesetz beim Parlament beantragt, das gegen den durch die Orgelspieler und Straßenausrufer verursachten, die geistige Arbeit störenden Lärm einschreiten soll. Ich bin mir wohl bewußt, daß die gesetzliche Regelung dieser Materie nicht leicht sein wird. Aber sie wird möglich sein, wenn der Wille dazu vorhanden ist. Das **Reichsgesundheitsamt**, das auf so vielen Gebieten schon Mustergültiges geschaffen hat, wird sich den Dank von vielen Tausenden und ein großes Verdienst um die Volksgesundheit erwerben, wenn es auch hier den Weg zur Abhilfe bahnt, einerseits durch Vorbereitung eines solchen Gesetzes und andererseits durch Veranlassung umfassender experimenteller Untersuchungen. Es leuchtet ein, daß die geforderte neue Abteilung in Verbindung mit den Juristen, den Chemikern, Physikern und Technikern unserer obersten Gesundheitsbehörde wesentliche Dienste leisten könnte.

Noch weitere Aufgaben wären dieser neurologisch-psychiatrischen Sektion zu übertragen. Die **Frage der Überbürdung** der Jugend in den Schulen müßte viel gründlicher wie bisher in Angriff genommen werden. Eine Zentralstelle, die methodische Untersuchungen veranlaßt, bei der alles Material zusammenfließt und verarbeitet wird, würde hier viel schneller zu allgemein anerkannten Ergebnissen führen, als dies bisher möglich war. Es bedarf keiner besonderen Hervorhebung, daß auf diesem Wege der Ausbreitung der Neurasthenie unter der Schuljugend und damit der nächsten Generation in wirksamster Weise vorgebeugt würde. Es ist mir selbstverständlich bekannt, daß die Beaufsichtigung der Schulen, die Aufstellung der Lehrpläne usw. Sache der einzelnen Bundesstaaten ist. Dieser Umstand, der vielleicht gerade dazu beigetragen hat, daß sich die Anschauungen auf diesem Gebiete noch immer nicht in wünschenswerter Weise geklärt haben, darf doch einer tieferen wissenschaftlichen Erforschung der einschlägigen Fragen nicht auf die Dauer hinderlich sein.

Seit Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts ist mit der stetig zunehmenden Zahl von erwerbsunfähigen **Nervenkranken** das Bedürfnis immer dringender geworden, diese Kategorie von Leidenden in zweckmäßiger Weise unterzubringen, so zwar, daß ihre Arbeitsfähigkeit möglichst schnell und für die Dauer wiederhergestellt wird. Der bekannte § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes bietet ja eine recht wirksame Handhabe hierzu. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die großen Krankensäle der allgemeinen Krankenhäuser für die meisten Nervenkranken nicht der geeignete Ort zur Behandlung und Verpflegung sind. Die Gründe, die zu dieser Einsicht geführt haben, gelten in noch höherem Grade für die Irrenanstalten. Der Mangel an Ruhe in den großen Sälen, namentlich zur Nachtzeit, der schon auf den Gesunden so deprimierend wirkende Anblick Schwerkranker oder gar Sterbender und die vielen anderen teils erregenden, teils niederdrückenden Einflüsse, die von dem Betriebe eines größeren Krankenhauses untrennbar sind, kommen in beiden Gattungen von Hospitälern zu einer für unsere Neurastheniker höchst schädlichen Geltung. Die Pläne, unsere Neurosen in Heilstätten unterzubringen, die in organisatorischen oder gar räumlichen Beziehungen zu Anstalten für Geisteskranke irgendwelcher Art oder zu Filialen derselben stehen, dürften sich als unausführbar erweisen; auch vom rein ärztlichen Standpunkte aus sind sie als unzweckmäßig zu bezeichnen. In diesem Sinne hat sich besonders auch **Cramer** sowohl früher schon als auch auf dem vorjährigen internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke ausgesprochen. Haben sich doch die Patienten des Provinzialsanatoriums Rasemühle bei Göttingen sogar geweigert, sich auch nur behufs Abrechnung an die Kasse der Heil- und Pflegeanstalt zu begeben! Ebenso ist **Beyer**, der sich auf seine langjährigen Erfahrungen in der Nervenheilstätte Roderbirken (Rheinprovinz) stützt, für die scharfe Trennung von Nerven- und Geisteskranken eingetreten. Trotzdem und obwohl, wie mir von Wiener Kollegen mitgeteilt wurde, das mit der niederösterreichischen Irrenanstalt verbundene Nervensanatorium dauernd so gut wie leer steht, wagt die Stadt Frankfurt a. M. unter Aufwendung beträchtlicher Geldmittel zurzeit das gefährliche Experiment, in der als Filiale der städtischen Irrenanstalt gedachten Heilstätte Köppern Geistes- und Nervenkranke nebeneinander unterzubringen. Wie deutlich auch meine Beobachtungen von unserer Nervenpoliklinik aus gegen ein solches Wagnis sprechen, und daß für unsere Neurosen in erster Linie die von v. **Ziemßen** so bezeichneten „Sanatorien für die Chronischkranken und Rekonvaleszenten" in Betracht kommen, das habe ich*) auf der Heidelberger Versammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte ausführlich auseinandergesetzt. Ich darf vielleicht hier auf diesen Vortrag

*) In welchen Anstalten sollen die an Neurosen Leidenden der weniger bemittelten Klassen behandelt werden? Therapie der Gegenwart, Dezember 1908.

verweisen. Wie sehr aber auch für diese Frage eine Zentralstelle nottut, die das statistische Material, insbesondere auch über die Heilerfolge, die Belegung und die Betriebskosten der betreffenden Anstalten, ebenso wie die schon nicht mehr geringfügige Literatur sammelt, verarbeitet und den Interessenten, namentlich den Kommunal- und Provinzialverwaltungen sowie den Landesversicherungsanstalten zugänglich macht, das kann für keinen Sachverständigen mehr dem geringsten Zweifel unterliegen. Und wo könnte das zweckmäßiger geschehen als in einer neurologisch-psychiatrischen Sektion des Reichsgesundheitsamtes?

Über die Einzelheiten der Organisation einer derartigen Abteilung müßten natürlich noch eingehende Beratungen gepflogen werden. Vorläufig dürfte es sich darum handeln, alle die Aufgaben und Arbeiten namhaft zu machen, deren Erledigung ihr obliegen würde. Es erscheint dringend wünschenswert, daß sich recht viele Fachgenossen hieran beteiligen.

Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes.

Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag am 7. Oktober 1911.

Von Dr. *Licmann*, k. k. Oberbezirksarzt.

(Schluß.)

4. Die Versorgung von nicht asylierten Geisteskranken.

Der große Aufschwung der Psychiatrie hat bis jetzt die nicht asylierten Geisteskranken noch nicht berührt.

Es herrschen da noch Verhältnisse, die vor der Modernisierung der Irrenbehandlung Grund zu manchen Klagen gegeben haben.

Es handelt sich hier weniger um die in geordnete Familienverhältnisse aus einer Anstalt heimkehrenden, eventuell mit einem Defekt geheilten Kranken, sondern um die der Armenversorgung anheimfallenden, aus einer Anstalt entlassenen oder auch nie interniert gewesenen und nicht asylierten Geisteskranken.

Die staatliche Fürsorge für diese „Bresthaften“ bestand bisher darin, daß sie alljährlich in der Tabelle E des Jahressanitätsberichtes auf Grund der bei den Gemeinden zu führenden oft mangelhaften Vormerkungen ausgewiesen wurden.

Die Überwachung und Pflege der aus einer Anstalt Entlassenen oder außerhalb der Anstalt gestandenen Kranken ist eine äußerst mangelhafte. Sie werden sich selbst überlassen und gehen nicht selten durch Selbstmord zugrunde.

Diese meist harmlosen Geisteskranken bedürfen aber viel mehr des Schutzes als andere Bresthafte, wie man täglich beobachten kann, und mit der statistischen Evidenthaltung ist gar nichts getan.

Hier ist die Organisation einer Irrenfürsorge am Platze, welche bei den interniert Gewesenen schon vor der Entlassung aus der Anstalt, bei den nicht Asylierten rechtzeitig eingreifen muß.

Es kümmert sich fast niemand darum, wie man den aus der Anstalt entlassenen und den nicht asyliert gewesenen meist hilflosen und geistig geschwächten Kranken halbwegs zu einer sozialen Basis verhelfen könnte und wie dieselben zu beschützen wären.

In diesem Punkte kann ich mich nur dem Vorschlage des Reg.-Rates Dr. Starlinger anschließen.

Der Kranke, der entlassen ist, muß noch weiter beschützt und wieder in die menschliche Gesellschaft haltbar und förderlich hineingeleitet werden, ebenso bedarf auch des Schutzes und der Fürsorge der nicht interniert gewesene und nicht asylierte.

Diese Frage ist ärztlich und administrativ gleich wichtig, ärztlich, weil sie einen wesentlichen Schutz des Rekonvaleszenten oder des Kranken überhaupt darstellt, und administrativ, weil es nur auf diese Weise möglich ist, Rezidive möglichst hintanzuhalten und geschwächte Elemente in der Außenwelt zu halten, aber auch die öffentlichen Mittel zu schonen.

Die praktische Durchführung einer solchen Organisation der Fürsorge läßt sich keineswegs schwer herstellen, auch fehlt es hierzu nicht an Vorbildern.

Wir kennen das Institut der Armenräte, der Kolonisierung der Findelkinder.

Es könnte nach diesem auch Irrenräte geben, die in jedem Bezirkssprengel, Sanitätsgemeinde, aufgestellt sind, die sich wiederum zu einem Landesrat vereinigen können, der der Landesbehörde untergestellt ist.

Zum Schlusse muß noch ein Punkt des Statutes der Irrenanstalten berührt werden, der den Amtsarzt oft in Verlegenheit bringt.

Die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt wird von dem Gutachten, ob derselbe heilbar oder gemeingefährlich ist, abhängig gemacht,

Daß diese Qualifikation in vielen Fällen nicht ausreicht, braucht nicht gesagt zu werden.

Auch andere Gründe sind für die Aufnahme maßgebend, und zwar am häufigsten die Unmöglichkeit der Belassung des Kranken in der häuslichen Pflege infolge seines störenden Verhaltens für die Umgebung, infolge des Mangels zweckmäßiger Überwachung, Verweigerung der Nahrungsaufnahme usw.

So mancher Kranke ist noch lange nicht gemeingefährlich und doch sehr anstaltsbedürftig.

Das Land Niederösterreich hat durch die Aufnahme auch der harmlosen unheilbaren Geisteskranken in die geregelte Irrenpflege einen besonderen Schritt in der Erweiterung der Irrenfürsorge unternommen, und es wäre zu wünschen, daß diese Erweiterung der Irrenfürsorge auch in den anderen Provinzen Platz greift und zu einer allgemeinen Einführung gelangt.

Aber die Aufnahme hängt in diesen Fällen von einer Bewilligung des Landesausschusses ab, und der Gang eines Gesuches um die Unterbringung eines unheilbaren nicht gerade gemeingefährlichen Geisteskranken in einer Landesanstalt auf dem Wege über den Landesausschuß dauert oft Monate.

Es ist für den Amtsarzt peinlich, wenn er der Partei, die sich immer wieder mit einer Bitte um Beschleunigung der Aufnahme beim Amte einfindet, erklären muß, er könne in der Angelegenheit nichts machen, es müsse die Erledigung des Gesuches abgewartet werden.

Auch hier gibt es eine besondere Dringlichkeit, und ich würde vorschlagen, daß für solche Fälle die Aufnahme nach gepflogenem Einvernehmen mit der Anstaltsleitung gegen nachträgliche Genehmigung des Landesausschusses ermöglicht werde.

Im allgemeinen wird es sich aber empfehlen, den Ausdruck „gemeingefährlich“ ganz fallen zu lassen, was am besten wäre, da es ja die Anstalten von einem unangenehmen Stigma befreit und dem Amtsarzte öfters eine Verlegenheit erspart, um so mehr, als heute die Umwandlung des Charakters der Irren-, d. i. Detentionsanstalten, in den von psychiatrischen Krankenhäusern angestrebt wird, oder aber, es müßte dieser Ausdruck entsprechend kommentiert und ausgedehnt werden.

Aus diesen Ausführungen ergeben sich folgende Anträge:

1. Erleichterung der Aufnahme in dringenden Fällen, wie sie schon heute geübt wird, indem der Anstaltsleitung die Aufnahme von unabweisbaren Kranken auch ohne ein amtsärztliches Parere überlassen wird, und mit Rücksicht darauf, daß die Psychiatrie für die Ärzte ein Prüfungsgegenstand geworden ist, die Heranziehung der Gemeindeärzte zur Mitwirkung bei der Einweisung von Geisteskranken, damit die Sicherung des Kranken gegen sich und die Außenwelt um so rascher durchgeführt werden kann.

2. Die Errichtung von Beobachtungsstationen auch bei den Irrenanstalten auf dem Lande, da die Überbringung auf die psychiatrische Klinik mit Schwierigkeiten verbunden ist.

3. Die Organisierung eines Einweisungsdienstes in die Anstalten für Geisteskranke, das ist die Abholung besonders gefährlicher Geisteskranker durch geschultes Personal bezw. die Beistellung geschulter Pflegepersonen für die Zeit vor der Internierung.

4. Die Regelung der Entlassung gegen Revers und Beaufsichtigung der gegen Revers Entlassenen.

5. Die Einführung einer organisierten Irrenfürsorge für nicht asylierte Geisteskranke.

6. Die Errichtung eigener Anstalten für Alkoholiker, in welche die Kranken durch einen behördlichen Beschluß hineingewiesen werden.

7. Änderung der Aufnahmebedingungen bezüglich des Ausdruckes „gemeingefährlich“.

Diskussion.

Deiaco (Pergine) hält es für ein höchst gefährliches Unternehmen, die Überführung Geisteskranker durch Pfleger der Anstalt zu bewerkstelligen, weil dadurch Mißtrauen gegen die Anstalt und Verdacht des Einverständnisses der Anstaltsleitung mit den Einweisenden leicht erweckt werden kann.

Böck (Troppau) teilt mit, daß in Troppau außer der Landes-Irrenanstalt noch eine Abteilung für „leicht Psychisch-Kranke“ im allgemeinen Krankenhause bestehe. Die Abteilung sei für freiwillig Eintretende ohne weiteres zugänglich. Die ärztliche Leitung ist in den Händen des jeweiligen Direktors der Landes-Irrenanstalt. Diese Abteilung wurde im Jahre 1896 dem Plane des neuen „schles. Krankenhauses“ eingefügt, das im Jahre 1900 eröffnet worden ist. Die Abteilungen haben einer großen Zahl von Personen die Wohltat erwiesen, ihnen die Aufnahme in die Irrenanstalt zu ersparen. Im Krankenhause werde ferner im kommenden Jahre eine Beobachtungsabteilung errichtet werden. Zur Verbesserung der Fürsorge für die „nichtasylierten“ Kranken wurden schon in früheren Jahren Geldunterstützungen in Aussicht genommen. Voraussetzungen einer solchen Förderung wäre aber eine Kontrolle über die Verwendung der Unterstützungsgelder und wohl auch der Behandlung der Kranken. Man habe daran gedacht, als kleine Wohlfahrtsausschüsse „Ortskomitees“ (Gemeindearzt, Pfarrer, Lehrer, Ortsvorsteher und geeignete Frauen) zu bilden, die sich um die Kranken während ihres Anstaltsaufenthaltes zu bekümmern und nach der

Übernahme den erhaltenen ärztlichen Aufschlüssen gemäß die Kranken und deren Pflege zu überwachen hätten. Die Oberaufsicht sollte die Anstalt haben und ein Anstaltsarzt nach Bedarf Nachschau halten und Rat erteilen. Dadurch würde ein reger Verkehr breiter Schichten der Bevölkerung mit der Anstalt angebahnt und die häusliche Pflege außerhalb derselben verbessert und Kenntnisse über Ursache und Verhütung geistiger Erkrankung gefördert. Die Ausführung dieser Pläne scheiterte zunächst an der gewiß nicht ungerechtfertigten Besorgnis, daß die öffentlichen Mittel nach und nach zu stark in Anspruch genommen würden. Die private Wohltätigkeit sei ohnedies stark überlastet und biete wenig Aussicht. Er hofft, daß weitere Bemühungen noch zum Erfolge führen werden.

Aufnahme und Entlassung.*)

Von Regierungsrat Dr. *Josef Schweighofer*, Salzburg.

Wenn ich mich der Aufgabe unterziehe, die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen für die Kranken der öffentlichen Anstalten zu besprechen, so gehe ich von der Voraussetzung aus, daß unsere Absicht nicht dahin gehen kann, bestimmte Formulierungen eines Gesetzesparagraphen aufzustellen, sondern sich im wesentlichen darauf beschränken soll, die Übelstände zu erwähnen, welche unserer Arbeit in der Irrenfürsorge auf diesem Gebiete entgegenstehen, und zu schildern, nach welcher Richtung hin wir einen Ausbau unserer Fürsorgebestrebungen für notwendig halten.

Dabei ist für meine Ausführungen aber bereits durch die vorhergegangenen Vorträge eine Richtung gegeben. Wir wollen ja die Irrenanstalten den öffentlichen Krankenhäusern gleich machen und wir gehen dabei von der Voraussetzung aus, daß die Fürsorge für die verbrecherischen Kranken von derjenigen für die übrigen völlig getrennt werden muß.

Ich darf diese zwei Punkte also als eine Voraussetzung sine qua non betrachten und die Begründung derselben in meinen Ausführungen übergehen.

Wenn aber z. B. die Aufnahme von verbrecherischen Elementen ausgeschlossen ist, so entfällt auch ein großer Teil von Aufnahme- und besonders Entlassungserschwerungen. Schon deshalb allein müssen wir auf diesen Voraussetzungen zum Wohle unserer Kranken bestehen.

Diese Elemente sind die Ursache eines großen Teils der Klagen über zu „leichtfertige" Entlassungen, und sie sind auch oft die Ursache der Klagen über widerrechtliche Freiheitsberaubungen.

Wenn man die Klagen über unser Aufnahme- und Entlassungsverfahren zu sichten sich bemüht, so findet man zwei diametrale Gegensätze, denen man von vornherein niemals wird vollends Recht tun können.

Den einen ist unser Aufnahmeverfahren zu schwerfällig. Man beklagt sich darüber, daß die schnelle Unterbringung eines Kranken durch den Zeugniszwang erschwert und verteuert werde, man scheut sich aus diskretionären Gründen, die Hilfe der Gemeinden oder ihrer Organe in Anspruch zu nehmen, man fürchtet nicht so sehr die Unterbringung des Kranken in der Anstalt, als die Einweisung desselben durch einen behördlichen Akt, der materielle Schäden im Gefolge haben kann. Besonders beklagt man sich über die Anzeigepflicht der Anstalten und deren Folgen, die Kuratelerhebungen, die Konstatierung, die Kuratelverhängung und deren Veröffentlichung und nicht zum wenigsten über die Kosten des Verfahrens.

Denselben ist auch unser Entlassungsverfahren zu schwerfällig. Man scheut durch einen Revers eine Verpflichtung zu übernehmen, man findet sich durch die sicherheitsbehördliche Behandlung des Reverses in seinen Familienempfindungen verletzt, man trägt Bedenken, einen Kranken ein zweites Mal in die Anstalt zu bringen, weil man die Entlassungserschwerungen fürchtet.

Anderen ist unser Aufnahmeverfahren zu leichtfertig. Wir nehmen Gesunde auf und sperren sie ein, so lange bis sie verrückt werden. Es steht ja in den Zeitungen, deshalb muß es doch auch wahr sein.

Wieder anderen ist unser Entlassungsverfahren zu leicht. Als Landesbeamte sind wir „naturgemäß verpflichtet, die Interessen des Landes zu wahren, und entlassen Kranke aus den überfüllten Anstalten, um Platz zu schaffen",*) auch dann, wenn die Entlassung „den Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen zuwiderläuft". Sie verlangen also Erschwerung der Entlassung.

Es ist nun allerdings nicht klar, wie die Abteilungen dadurch geräumiger werden sollen, daß man die Entlassung erschwert. Es heißt aber bei meinem

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 7. Oktober 1911.

*) XVI. öst. Ärztekammertag. Delegierter Dr Petrina. Ärztekammerblatt XII. Jahrgang, Nr. 19 S. 319

Gewährsmanne weiter, daß den „Landes-Ausschüssen“ nicht nur die Macht, sondern auch die Mittel fehlen, um in ausreichender Weise für die Geisteskranken zu sorgen, „wenn der Staat nicht die gesetzlichen Grundlagen schafft“.

Es ist aber leider wieder nicht zu erkennen, wie die Landesausschüsse dadurch mehr Mittel in die Hand bekommen sollen, wenn der Staat die Geisteskranken in seinen Schutz nimmt, aber keinen Kreuzer für sie hergibt.

Wir alle wissen, wie schwer das Arbeiten mit überfüllten Abteilungen ist, und wir sind ja auch immer die ersten, die um Abhilfe vorstellig werden.

Wenn der Staat die Länder auf diesem Wege zwingen will, Anstalten zu bauen, indem er die Schlüssel zu den Anstalten selbst in die Hand nimmt, so ist sehr zu fürchten, daß bei diesen duobus litigantibus der tertius, nämlich der Kranke, keinen Anlaß zum Gaudium bekommen werde.

Man sollte denn doch alle die vielen sozialen, wirtschaftlichen und besonders psychiatrischen Seiten der Frage des Aufnahme- und Entlassungsverfahrens nicht so einseitig von der Platzfrage aus beurteilen.

Ebenso wenig natürlich auch vom Standpunkte des Geschreies über widerrechtliche Freiheitsberaubung und der übrigen dazu gehörigen Phrasenkonvolute.

Wir wissen ja alle, daß es zur Entwicklung unseres modernen geistigen Lebens gehört, gegen das 11. Gebot zu verstoßen und über alles zu reden, was man nicht versteht. Wir werden aber doch gut tun zu bedenken, daß die moderne Persönlichkeit an keiner Stelle so verwundbar ist, als in ihrem wirklichen oder vermeintlichen Freiheitsbegriffe.

Wir müssen diesem Begriffe täglich und stündlich Rechnung tragen und müssen versuchen, ihn damit in Einklang zu bringen, daß auch vom Irrenwesen das Wort Goethes gilt, daß sich Gesetz und Rechte wie eine ererbte Krankheit fortschleppen.

Die Bestimmungen unseres Statutes über die Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken der Landesanstalten gehen auf sehr alte Zeiten zurück. Die heutigen Landesirrenanstalten entwickelten sich aus Bewahranstalten und die Aufnahme in dieselben war in der Regel einer Verfügung der Aufsichtsbehörden, Ministerium, ministerielle Anstaltskommission vorbehalten. In dem Buche von Dr. Viszanik über die Heil- und Pflegeanstalten vom Jahre 1845 ist sehr anschaulich zu lesen, wie die Psychiater sich damals schon bemühten, die Aufnahmen und die Entlassungen zu erleichtern, weil sich Übelstände ergeben hatten. So wird darin geklagt, daß im Sonnenstein die Aufnahme einer ministeriellen Kommission vorbehalten war und nur im Notfalle dem Direktor auf Grund des ärztlichen Zeugnisses eines praktischen Arztes überlassen wurde. Auch die Entlassung erfolgte durch Kommissionsbeschluß. Ein Beobachtungszimmer existierte nicht. Epileptiker und Irre im letzten Stadium der Schwindsucht sowie Gelähmte durften überhaupt nicht aufgenommen werden.

In Prag durfte Prof. Rieder nur Kranke aus dem Spitale aufnehmen, und zwar auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses der Spitalsärzte, das aber vidiert sein mußte. Ein Ausnahmeparagraph war aber auch damals schon notwendig geworden, und es durfte im Notfalle auch auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses oder in Ermangelung eines solchen auch auf Grund des Zeugnisses eines praktischen Arztes aufgenommen werden. Zur Abstellung der Übelstände wurden Beobachtungsabteilungen verlangt.

In Hall in Tirol geschah die Aufnahme auch nur durch Regierungsverfügung.

Die Berliner Charité durfte nur auf Grund eines Zeugnisses zweier Ärzte aufnehmen oder auf polizeiliche Einweisung hin.

Hingegen war in Hildesheim die Aufnahme an keine Erschwerungen gebunden und wurde damals sogar schon eine Art Pflege in der eigenen Familie versucht, indem man den Familien Unterstützungen gab und die beurlaubten Kranken durch den Amtsarzt wöchentlich untersuchen ließ. Der Amtsarzt hatte dann an die Anstalt in bestimmten Zeiten zu berichten und sich mit ihr im Einvernehmen zu erhalten.

Man war damals schon bemüht, das System der reinen Pflegeanstalten zu vermeiden, und auch ein großer Teil derjenigen Fragen, die uns heute bewegen, war damals schon angeschnitten.

Allerdings spukte damals das Gespenst der widerrechtlichen Freiheitsberaubung noch nicht so in den Köpfen wie heute und war man auch noch nicht auf die Idee gekommen, die Aufnahme in die Irrenanstalten von einem gerichtlichen Verfahren abhängig zu machen.*) **)

In Österreich geht der Aufschwung des Krankenhauswesens auf die Zeit zurück, in welcher den autonomen Landesverwaltungen die Fürsorge für die Humanitätsanstalten übertragen wurde. Seit dieser Zeit, besonders seit dem Ende des vergangenen Jahrhunderts, hat die Fürsorge für die Geisteskranken

*) Österreichisches Irrenfürsorgegesetz, Entwurf.

**) Österreichisches Entmündigungsgesetz. Vorlage Nr. 536 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Abgeordnetenhauses. XXI. Session 1911, Wien, k. k. Staatsdruckerei.

durch die Länder einen glänzenden Aufschwung genommen. Man darf in der Frage, die uns heute bewegt, nicht übersehen, daß alles das, was heute erreicht ist, nur durch die Landesverwaltungen erreicht wurde, oft mit großen Opfern, freilich nicht immer ohne Schwierigkeiten. Aber durch die Verländerung des Irrenwesens war wenigstens die Möglichkeit gegeben, daß die richtigen Männer zur richtigen Zeit in der Lage waren, Fragen zu lösen, welche sich gegen alle Einflußnahme der Regierung jahrelang refraktär verhalten hatten.

Wir haben auf diese Art manches erreicht, freilich nichts Uniformes, aber es muß gerade bei dem Charakter unseres Staatswesens in Frage gestellt werden, ob durch die Uniformität nicht erhebliche Nachteile bewirkt worden wären. Denn die Irrenfürsorge hängt enger mit den wirtschaftlichen Verhältnissen der Bevölkerung zusammen als das übrige Krankenhauswesen, und die Wirtschaftslage und der Kulturzustand der Bevölkerung ist bei uns gewiß sehr verschieden.

Es war daher durch die Verländerung jene wohltuende Individualisierungsmöglichkeit geboten, welche auch in so manchen anderen Fragen und an anderen Orten die Mutter großer Errungenschaften geworden ist.

Was heute in Österreich im Irrenwesen erreicht worden ist, hat auch keine Ursache, den Vergleich mit den Errungenschaften anderer Länder zu scheuen.

Wir haben eine bunte Musterkarte verschiedener Formen von Riesenanstalten bis zu den kleinen Landesasylen herab, überall weht uns ein frischer Wind des Fortschreitens und der rastlosen Arbeit entgegen, die sich bemüht, einen Ausbau zu schaffen und noch lange kein Ende für ihre Mühewaltung absieht. Nicht nur durch Anstaltsbauten, auch durch Pflegeorganisationen außer den Anstalten und durch Beteiligung der Psychiater an der öffentlichen, sozialen und sanitären Fürsorge überhaupt soll sich unser Streben nach Verbesserung des Loses der Kranken betätigen.

Es kann daher unser Streben nur darauf gerichtet sein, diese Ansätze nicht zu unterbinden, sondern zu fördern, und das ist nur möglich auf dem Wege der Individualisierung.

Die Aufnahme- und Entlassungsbedingungen in die öffentlichen Anstalten, denn nur diese Anstalten beschäftigen uns heute, sollen sich daher den Verhältnissen der Länder entsprechend entwickeln können, und das ist nur möglich, wenn die Festlegung derselben den autonomen Behörden ganz oder wenigstens in allen Details überlassen bleibt.

Die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen der Landesanstalten werden heute durch die Landesgesetzgebung geregelt. Sie bedürfen der ministeriellen Genehmigung.

Für die Privatanstalten ist die Ministerialverordnung vom Jahre 1874 über das Irrenwesen der Rahmen, dem die Aufnahme- und Entlassungsbedingungen anzupassen sind.

Die Satzungen der neueren Landesanstalten, wie der Niederösterreichischen, Mährischen, der Czernowitzer und Salzburger Anstalten lehnen sich teils freiwillig an diese Ministerialverordnung über das Verfahren in den privaten Anstalten an, teils scheint seitens des Ministeriums das Bestreben zu bestehen, auch die Bestimmungen für die öffentlichen Anstalten den Verfügungen der Ministerialverordnung über die privaten Anstalten anzupassen, z. B. über das amtsärztliche Zeugnis und den Revers.

Und doch haben beide Kategorien von Anstalten ganz verschiedene Aufgaben. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Zentralisation der Irrenfürsorge im Königreich Sachsen.** Die sächsische Regierung beabsichtigt eine Neuregelung des Irrenwesens in die Wege zu leiten, um eine gewisse Zentralisation in diesem so ernsten und wichtigen Zweige der humanitären Betätigung zu schaffen. Eine Verstaatlichung des Irrenwesens ist dabei nicht ins Auge gefaßt in dem Sinne, daß die Fürsorge den Gemeinden bezw. Ortsverbänden abgenommen würde. Diese Fürsorge stellt einen Teil der Armenlasten dar und wird auch fernerhin eine der wichtigsten Aufgaben der Gemeinden bleiben. Bei der geplanten Zentralisation handelt es sich vielmehr um die Frage, ob und inwieweit der Staat seine Anstalten für die Aufnahme Geisteskranker zur Verfügung stellt.

Die Regierung geht dabei von dem Gesichtspunkte aus, daß einmal die Unterscheidung zwischen heilbaren und unheilbaren, zwischen gefährlichen und ungefährlichen Kranken künftig fallen zu lassen ist, und daß zum andern für die Geisteskranken aus den großen Städten in Zukunft die staatlichen Anstalten zur Verfügung stehen.

Bisher hatten die Städte Dresden, Leipzig, Chemnitz, Plauen und Zwickau für die Unterbringung der Geisteskranken aus diesen Städten selbst Sorge zu tragen, wenn in den Staatsanstalten kein Platz war, weshalb die Verwaltungen sich genötigt sahen, eigene Anstalten zu errichten und für deren Unterhaltung zu sorgen. Die nächstgrößeren Städte Bautzen, Freiberg, Meißen und Zittau sind gleich den übrigen

Städten und Landgemeinden auf die Unterbringung ihrer Geisteskranken in den staatlichen Anstalten angewiesen, die andauernd vergrößert worden sind und nun durch die im Bau eben vollendete Anstalt Arnsdorf eine wesentliche Bereicherung erfahren haben. In dieser ganzen Fürsorge eine Einheitlichkeit zu erzielen, ist der Zweck der Absichten der Staatsregierung.

Die Verhandlungen zwischen der Regierung und den großen Städten wegen Unterbringung ihrer Geisteskranken in den Anstalten des Staates nehmen dem Vernehmen nach einen befriedigenden Fortgang und dürften in nicht zu ferner Zeit einen gewissen Abschluß finden. In den meisten Fällen werden die Städte wohl den einmaligen Abfindungssummen zustimmen, die der Staat beansprucht; hinsichtlich der Stadt Leipzig soll die städtische Irrenanstalt Dösen in staatlichen Besitz übergehen. Über die Einzelheiten dieser Verkaufsangelegenheit und die Bedingungen dafür läßt sich noch nichts mitteilen.

Ist das Vorhaben der Regierung völlig zur Durchführung gekommen, dann ist die Einheitlichkeit der Irrenfürsorge erreicht. (Auszug aus einem Artikel der Leipziger Neuesten Nachrichten, 29. Dezember 1911.)

— **Kurs und Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre** in Gießen vom 9. bis 13. April 1912. Das veröffentlichte Programm umfaßt:

I. Plan des Kursus: Beginn des Kursus am 9. April früh 9 Uhr in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Frankfurterstraße 99.

Vorträge: 1. Dr. Stephan Kekule v. Stradonitz: (4 Stunden) Einführung in die Genealogie; 2. Prof. Dr. Sommer: (4 St) a) Vererbungsregeln, b) Theorie der Blutsverwandtschaft, c) Vererbung körperlicher Krankheiten, d) Die angeborene Anlage im Gebiet der Normalpsychologie; 3. Prof. Dr. Dannemann: (4 St.) a) Vererbung, innere und äußere Ursachen von Geisteskrankheiten und Neurosen, b) Prophylaxe der Geisteskrankheiten und Neurosen, c) Innere und äußere Ursachen der Kriminalität, d. Kriminalpolitik als Teil der sozialen Hygiene; 4) Prof. Dr. Strahl: (1 St.) Ein entwicklungsgeschichtliches Thema; 5. Privatdozent Dr. Berliner: (1 St.) Demonstrationen aus dem Gebiet des angeborenen Schwachsinns; 6. Sanitätsrat Dr. Weinberg-Stuttgart: (1 St.) Über die Methoden der Hereditätsforschung; 7. Augenarzt Dr. Crzellitzer-Berlin: (1 St.) Methodik der graphischen Darstellung der Verwandtschaft mit besonderer Berücksichtigung von Familien-Karten und Familien-Stammbüchern. Der Kurs findet Dienstag und Mittwoch von 9 bis 1 Uhr und 4 bis 7 Uhr in der Klinik statt, Donnerstag von 9 bis 11 Uhr in dem großen Hörsaal der Universität, Ludwigstraße.

II. Plan des Kongresses: Die formelle Eröffnung des Kongresses findet am Donnerstag, den 11. April um 11½ Uhr im großen Hörsaal der Universität nach Schluß des Kursus statt. Die Sitzungen finden im gleichen Saal täglich von 9 bis 1 Uhr und von 4 bis 7 Uhr statt. Der Schluß erfolgt am Sonnabend, den 13. April.

Vorträge: I. Methodik und Vererbungsregeln. Dr. Stephan Kekule v. Stradonitz (Groß-Lichterfelde): Fehler in der genealogischen Methode bei der Untersuchung von Vererbungsfragen; Dr. med. Römer, Anstaltsarzt (Illenau): Über Hereditätsforschung; Dr. W. Betz (Mainz): Statistische Theorie der Vererbung; Dr. A. v. d. Velden (Weimar): Eine erweiterte Form der Ahnentafel für Zwecke der Vererbungsforschung; Dr. med. F. Hammer (Stuttgart): Die Mendelsche Vererbung beim Menschen.

II. Normale und geniale Anlagen.

Geh. Rat Prof. Dr. W. Ostwald (Groß-Bothen b. Leipzig): Über Geniologie; Dr. W. Betz (Mainz): Der Durchschnittsmensch.

III. Abnorme Anlagen.

a) Körperliche: Dr. Crzellitzer, Augenarzt (Berlin): Die Vererbung von Augenleiden. b) Geistige: Prof. Dr. Dannemann (Gießen): Die Fürsorgeerziehung vom Standpunkt der Rassenhygiene; Oberarzt Dr. Dannenberger (Goddelau): Familiäre Mikrozephalie; Privatdozent Dr. Berliner (Gießen): Abnorme Anlage und Erziehung; Dr. Emil Oberholzer (Breitenau b. Schaffhausen): Über die Frage der Sterilisierung von Geisteskranken aus sozialen und rassenhygienischen Gründen.

IV. Kriminelle Anlagen.

Dr. Kurella, Nervenarzt in Bonn: Über kriminelle Anlagen.

V. Erforschung bestimmter Familien.

Prof. Dr. Strohmayer (Jena): Morphologie der Habsburger; Otto Forst (Wien): Ahnenverlust und nationale Gruppen auf der Ahnentafel des Erzherzogs Franz Ferdinand.

VI. Vererbungslehre und Soziologie.

Sanitätsrat Dr. Weinberg (Stuttgart): Hereditätsforschung und Soziologie; Dr. Armin Tille (Dresden): Genealogie und Sozialwissenschaft; Privatgelehrter Macco (Steglitz b. Berlin): Bringt materielles oder soziales Aufsteigen den Geschlechtern in rassenhygienischer Beziehung Gefahren?; Prof. Dr. Otto K. Roller (Karlsruhe i. B.): Lebensdauer der Geschlechter (genera) in städtischen Gemeinwesen.

VII. Vererbung und Züchtung.

Prof. Dr. Gisevius (Gießen): Erfahrungen über Tierzüchtung.

VIII. Regeneration.

Ein Vertreter der Eugenic Education Society: The Eugenic Movement in Great Britain; Prof. Dr. Sommer (Gießen): Regeneration und Renaissance.

Begrüßung: I. der Kursteilnehmer am Montag, den 8. April, abends um ½9 Uhr, im Saale des Hotel Schütz, Bahnhofstraße; II. der Kongreßteilnehmer am Mittwoch, den 10. April, abends ½9 Uhr, im Hotel Großherzog. Donnerstag, den 11. April, abends um ½9 Uhr, gesellige Zusammenkunft der Kurs- und Kongreßmitglieder bei Prof. Sommer, Frankfurterstraße 97. Freitag abend ½9 Uhr gesellige Zusammenkunft im Hotel Großherzog. Sonnabend nachmittag Ausflug in die Umgebung von Gießen. Die Einschreibegebühr für Kurs und Kongreß zusammen beträgt 25 M. einschließlich des Kongreßberichtes, für Kurs oder Kongreß allein je 15 M. Der Kurs dient zur systematischen Einführung in die bei dem Kongreß behandelten Fragen. Anmeldungen an Herrn Prof. Sommer-Gießen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Haina,** Bez. Cassel. Paul Utendörffer aus Schmalkalden ist als Medizinalpraktikant eingetreten.

— **Krakau.** Der außerordentliche Professor Dr. J. Piltz wurde zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Krakau ernannt.

— **Wien.** Der außerordentliche Professor Dr. Heinrich von Halban wurde zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Neurologie in Lemberg ernannt.

Beitrag zur Ernährungstherapie. Von Sanitätsrat Dr. Margoniner, Berlin. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift XVIII. Jahrgang Nr. 18, 1911.)

Verfasser empfiehlt für das seit Jahrzehnten bekannte **„Kufeke"** ein neues Anwendungsgebiet, über das vor ihm allerdings schon verschiedene andere Autoren (u. a. Freudenberg, Möller, Münz und Goldberg aus der ehemaligen Boas'schen Klinik) berichtet hatten, die bei ihren Versuchen zu besten Resultaten gekommen waren. Er betont, daß das Präparat durchaus gleichberechtigt ist mit den anderen, die in der Erwachsenenpraxis Verwendung finden. Die verschiedenen Versuche, über die Verfasser ausführlich berichtet, erstreckten sich in der Hauptsache auf Personen, die aus verschiedensten Gründen an Unterernährung oder Erschöpfungszuständen litten, und zwar beschreibt er folgende Fälle: Ein 56 jähriges Fräulein mit Erschöpfungszustand nach einer foudroyanten Gebärmutterblutung — ein 24 jähriger Schneider mit Lungenspitzenaffektion — ein an Chlorose leidendes Fräulein — eine Kontoristin mit Bleichsucht und Schwächezuständen — ein 16 jähriger schwächlicher junger Mann — eine blutarme und nervöse Zuschneiderin von 21 Jahren — und ein 32jähriger Kaufmann mit Neurasthenie und Verdauungsbeschwerden. Bei allen diesen zeigte sich durch „Kufeke" eine gute Zunahme des Körpergewichtes, im ersten Falle um 10 Pfund. Steigerung des Appetites und Hebung der Körperkräfte wie des Allgemeinzustandes.

Bei einer großen Anzahl von Tuberkulösen bewährte sich „Kufeke" als zweckmäßige Zugabe zu Kreosetpräparaten, und ferner gelang es dem Verfasser in 2 Fällen von schwerem Schwangerschaftserbrechen, den Frauen durch Zusatz von Kufeke-Suppe täglich je 2 Liter Milch einzuflößen und so den Kräfteverfall aufzuhalten.

Die Wirkung des Präparates ist in erster Linie eine anregende. Es gehört zur Gruppe der Dextrinmehle, bei denen durch Diastase der größte Teil der Kohlehydrate in lösliche Form übergeführt ist, und man vermag durch täglich steigende Mengen „Kufeke" bei durch Krankheit geschwächten oder an Unterernährung Leidenden den Kalorienbedarf zu decken. Die Rezepte im „Kufeke"-Kochbuch gestatten dabei eine große Abwechselung der Darreichung.

Verfasser empfiehlt „Kufeke" einerseits als Krankenkost bei hoch Fiebernden, andererseits als schätzenswertes Zusatzmittel in der Rekonvaleszenz und bei Unterernährung jeder Form.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Die **Nervenheilstätte** der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz zu **Roderbirken bei Leichlingen,** Kr. Solingen, welche durch eine Männerabteilung mit 150 Betten erweitert wird, sucht zum 1. 7. 12

zwei Assistenzärzte

(4. und 5. Arzt).

Anfangsgehalt 1800 M., steigend jährlich um 300 M, bei freier Station. Meldungen erbeten an den Chefarzt **Dr. Beyer.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 44. 27. Januar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Aufnahme und Entlassung. Von Regierungsrat Dr. Josef Schweighofer, Salzburg. (Fortsetzung.) (S. 437.) Mitteilungen (S. 444): Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie. Ein psychologisches Institut in Moskau. Eine Massenflucht geisteskranker Verbrecher. Hamburg. Haftet die Irrenanstalt für Selbstmord. Dir. Dr. Esposito in Mercerata tödlich verunglückt. XVII. internationaler mediz. Kongreß. — Personalnachrichten (S. 445). — Therapeutisches (S. 445.): Fermocyl.-Tabletten. Sotopan bei Lungenkrankheiten. Antituman Riedel.

Aufnahme und Entlassung.

Von Regierungsrat Dr. *Josef Schweighofer*, Salzburg.

(Fortsetzung.)

Ältere Statuten gehen noch zum Teil auf die erwähnten alten Zeiten zurück, in denen die Irrenanstalten noch Bewahranstalten waren und ein Platz in der Irrenanstalt meist auch eine lebenslange Versorgung für den Kranken bedeutete, die Aufsichtsbehörde sich also das Recht vorbehalten hatte, über die Aufnahme zu entscheiden. Die Aufnahme war daher von einer vorherigen Bewilligung durch die Landesbehörde abhängig, was einen langen Gesuchsweg erforderte und eine Reihe von Aktbeilagen voraussetzte, Zeugnisse, Zahlungsreverse etc.

Wenn auch heute schon in den meisten Anstalten die Entscheidung über die Aufnahme der Anstaltsleitung übertragen ist, so sind doch noch Bestimmungen geblieben, welche nur auf diese früheren Verhältnisse zurückzuführen sind, so z. B. dürfen Ausländer in manche Anstalten nicht aufgenommen werden oder ist die Entscheidung darüber den Landes-Ausschüssen geblieben.

Nicht allen Anstalten kommt der Charakter eines öffentlichen Krankenhauses zu.

Wohl in Erkenntnis der Unmöglichkeit, alle Aufnahmen in das Prokrustesbett eines Paragraphen zu zwängen, ist in allen Statuten der Möglichkeit der dringlichen Aufnahme Rechnung getragen und dem Direktor das Recht zuerkannt worden, Kranke auch ohne Dokumente aufzunehmen, wenn sie sich oder anderen gefährlich werden könnten oder wenn ihr Zustand die Aufnahme notwendig macht. Die Verhältnisse der heutigen Zeit haben es aber mit sich gebracht, daß diese dringlichen Aufnahmen mit unzureichenden Belegen immer zahlreicher werden und diese Ausnahmebestimmung zeitweise fast zur Regel werden muß.

Das ärztliche Aufnahmeattest ist sehr verschieden behandelt. Bei manchen muß es von einem Amtsarzte ausgestellt sein, bei anderen von zwei Ärzten, von denen einer oder beide Gerichtsärzte sein müssen, bei anderen genügt das Zeugnis des Gemeindearztes.

Ganz verschieden sind die Begriffe der Anstaltsbedürftigkeit formuliert; während bei dem einen Gemeingefährlichkeit oder Selbstgefährlichkeit verlangt wird, ist bei anderen die Pflegebedürftigkeit zu begründen, bei wieder anderen wird zwischen siechen und behandlungsbedürftigen Kranken unterschieden.

Bei allen Statuten wird die Aufnahme davon abhängig gemacht, daß der Aufzunehmende geisteskrank ist. Bei einigen neueren Statuten wird beigefügt gemütskrank, was wohl dem Bestreben zuzuschreiben ist, auch leichte Fälle aufnehmen zu dürfen. Ferner finden einige Statuten es angemessen, nach dem Muster deutscher kolonialer Anstalten die Aufnahme verbrecherischer Kranker abzulehnen. Eine Bestimmung, die in der Praxis allerdings oft illusorisch gemacht wird, und nur ein Ausdruck ist für das Bestreben, diese verbrecherischen Elemente sich fernzuhalten.

Eine Aufnahme zur Beobachtung des Geisteszustandes ist nirgends satzungsgemäß zugestanden. Es besteht also für zweifelhafte Fälle eigentlich nicht die Möglichkeit, sie einer sachgemäßen Pflege zuzuführen, weil die Irrenanstalten sie nicht aufnehmen dürfen, wenn sie sich an den Wortlaut ihres Statutes halten, die Beobachtungsabteilungen aber sehr wenig zahlreich sind, in manchen Ländern sogar ausdrücklich aufgelassen wurden, als man die neuen Anstalten eröffnete.

Das Verlangen nach einem strikte formulierten Aufnahmeantrag ist kaum irgendwo in die Statuten mit der wünschenswerten Klarheit aufgenommen. Manche Satzungen kennen einen Aufnahmeantrag überhaupt nicht.

Sie geben auch nicht an, wer zur Antragstellung berechtigt ist.

Ebenso ist die Frage der freiwilligen Eintritte nicht überall gelöst, und in manchen Satzungen überhaupt nicht vorgesehen. Sie setzt eine scharfe Begrenzung des Begriffes freiwillig voraus, wozu ich rechne, daß der Kranke nicht nur geistig fähig sein muß, die Folgen seines Schrittes zu erkennen, sondern auch unbeeinflußt durch äußere Umstände wirklich nur der Heilung und Pflege wegen eintreten will, nicht aber um sich ein Attest zu erobern, weil er in gerichtlicher Untersuchung steht und ähnliches.

Schon daraus ist zu erkennen, daß die heutige Zeit ganz andere Anforderungen an die Irrenanstalten stellt, als sie ihre Statuten und die Ministerialforderung vom Jahre 1874 zum Ausdrucke bringen, und daß die Stellung der Anstalten in der Krankenfürsorge und zum Wirtschaftsleben der Erkrankten und ihrer Familien eine ganz andere geworden ist.

Es muß vor allem festgestellt werden, daß das Krankenmaterial, das unseren Anstalten zugeht, sich in den letzten 30 Jahren in seiner Zusammensetzung vollständig geändert hat.

Das Material der früheren Anstaltsbetriebe setzte sich vorwiegend aus schweren Erregungszuständen und mehr weniger verblödeten Endzuständen zusammen. Frisch Erkrankte kamen nur dann in eine Irrenanstalt, wenn sie zu Hause nicht mehr zu pflegen waren, oder wenn die sogenannten Beobachtungsabteilungen der Spitäler ihrer Krankheitsausbrüche nicht mehr Herr werden konnten oder an ihnen genug bekommen hatten; so daß der meist nicht psychiatrisch gebildete Arzt der Beobachtungsabteilung endlich die nötige Reife für die Irrenanstalt zu konstatieren sich veranlaßt sah.

Chronische Fälle wurden in der Regel erst dann gebracht, wenn sie zu Hause so beschwerlich geworden waren, daß man sich lieber zur Verpflegskostenzahlung an die Anstalt entschloß.

Heute sind jene schweren Erregungszustände, jene durch lange Tobsucht ausgehungerten und fast verdursteten, acetonduftenden Maniakalischen selten geworden. Sie werden genau in dem Maße seltener, als die Tobzimmer in den Landspitälern und die sogenannten Beobachtungsabteilungen zu existieren aufgehört haben und man nicht mehr zuwartet, bis die Kranken durch das Einsperren in die Gemeindearreste die nötige Reife erhalten haben. Wir wenigstens haben schon seit vielen Jahren solche Fälle nicht mehr gesehen, während noch vor 15 Jahren das Hineinraufen der Kranken in die Anstalt und die Aufnahme gebundener Kranker mit allen möglichen Verletzungen leider häufig genug vorkam.

Auch jene schweren paralytischen Tobsuchtszustände der früheren Zeit sind unserem Personale unbekannt geworden. Hingegen sind die einfachen Verstimmungen, seien es manisch-depressive, seien es andere Formen, jetzt viel häufiger geworden.

Psychopathen, Alkoholiker, Epileptiker, die man früher nicht in Anstalten brachte, kommen alljährlich in größerer Zahl. Ein nicht geringer Teil davon freiwillig. Die meisten über eigenen Wunsch und nur deshalb nicht freiwillig, weil wir ihnen nicht das Recht zuerkennen, freiwillig einzutreten, da ihnen die Fähigkeit fehlt, die volle Tragweite ihres Schrittes zu erkennen.

Hingegen nehmen bei uns wenigstens diejenigen chronisch Kranken ab, die uns vorher so zahlreich und in meist vollständig verblödeten Endzuständen zugingen. So sind die Formen der verblödeten paranoiden Demenz jetzt selten geworden, während sie vorher meist solange außerhalb der Anstalten gepflegt worden waren, bis sie gefährliche Handlungen gegen ihre vermeintlichen Verfolger begangen hatten und damit bei den Fürsorgeorganen und ihren Beratern jene Hemmungskomplexe überwinden halfen, die in der Verpflegskostenzahlung ihren tieferen Urgrund hatten.

Diese Tatsache findet ihren äußeren Ausdruck in der Erfahrung, daß die Zahl der arbeitsfähigen Kranken alljährlich abnimmt, bei uns von 75% vor acht Jahren auf 50% heute. Waren es doch gerade diese paranoiden Endzustände der Dementia präcox, welche die dankbarsten Objekte für die Arbeitstherapie lieferten, während die frischen Fälle von heute andere und größere therapeutische Anforderungen stellen.

Gleichfalls ein sichtbarer Ausdruck dieser Änderung des Materials ist z. B. aus den Speisezetteln und Kostformen der Kranken zu entnehmen. Bei uns wenigstens haben die Extra-Ordinationen und die sogenannten Krankenkostformen sich in den letzten zehn Jahren ganz enorm vermehrt, weil wir jetzt eine alljährlich steigende Zahl von schweren körperlichen Erschöpfungszuständen im Anfange ihrer psychischen Erkrankung zur Aufnahme bekommen und begreiflicherweise mit der Normalkost kein Auslangen mehr finden können.

Aber abgesehen von allen diesen mehr weniger

unzweifelhaft ins Gebiet der Psychosen einzureihenden Fälle kommen auch Grenzzustände und Neurosen — meist freiwillig — alljährlich mehr zur Aufnahme.

Aber auch die Zahl der Hilfesuchenden hat sich geändert, zum Beispiel in Salzburg verzehnfacht. Noch mehr haben sich die Ursachen geändert, aus welchen die Aufnahme jetzt verlangt wird.

Noch vor 15 Jahren waren freiwillige Eintritte unbekannt. Sie machen jetzt in Salzburg 6 bis 10% und darüber aus. Während früher die Kranken meist nur wegen gefährlicher Krankheitsausbrüche zur Aufnahme kamen, nehmen diese Fälle heute nur mehr ein Drittel aller Fälle ein, und auch in dieser Ziffer trat die Gefährlichkeit oft erst im letzten Momente infolge unpassender Behandlung und Pflege auf, weil man mit dem Kranken nichts anzufangen wußte und nicht verstand, ihn richtig zu beeinflussen. So z. B. beließ man einer Kranken, die völlig harmlos war, ihr Messer und sperrte sie in ein Zimmer eines Versorgungshauses ein, sie begann hinauszudrängen und fuchtelte dabei mit dem Messer herum, was man als Gemeingefährlichkeit bezeichnete.

In den meisten Fällen ist die Unmöglichkeit, entsprechende Pflege für den Kranken beizustellen, die Ursache der Aufnahme. So z. B. die Sommerszeit bei Kranken, welche nicht am Felde mitarbeiten können, der Winter bei Kranken, welche gern herumstreichen, die Fremden-Saison bei Kranken, welche in Mietshäusern wohnen und für die Fremden anstößig sein oder störend werden könnten.

Oder es starb der Gatte, die Eltern, der Kranke war sich überlassen, ein Wochenbett der Tochter macht die Entfernung der kranken Mutter aus dem Hause notwendig. Das Heranwachsen der Mädchen ließ die Entfernung eines verwirrten Kranken geraten erscheinen, der sonst harmlos war.

Es wird dies deutlicher erkennbar, wenn die Verhältnisse der Aufzunehmenden beurteilt werden.

Die Anzahl jener kleinen Familienexistenzen, welche nur von heute auf morgen von ihrem Erwerbe leben, wird besonders in letzter Zeit bedeutend größer.

Verheiratete Tagelöhner und Gehilfen von Gewerbetreibenden sind nicht mehr in der Lage zu leben, wenn der eine Teil erkrankt und der andere, um ihn zu pflegen, von der Arbeit wegbleiben muß. Da kommen sie dann beide in die Anstalt und verlangen Hilfe, die Aufnahmeerfordernisse kümmern sie wenig, die Gemeinde wird nicht gefragt, wenn es sich nicht um Kranke aus weiter Entfernung handelt, wo die Transportkosten mitspielen.

Die Zahl der Hilfsbeamten und jener kleinen Beamten, welche materiell den vorigen nahestehen, nimmt gleichfalls zu. Der erkrankte Teil muß an eine Anstalt abgegeben werden, weil man nicht imstande ist, zu Hause mit ihm auszukommen.

Das sind die eigentlichen Ursachen der Aufnahmen; wenn dann in den Aufnahmegesuchen Gemeingefährlichkeit oder Selbstgefährlichkeit angegeben ist, so ist dies oft nur eine künstlich hineingetragene Behauptung, um den Anforderungen des Statutes Rechnung zu tragen, oder eine von den Angehörigen aufgebauschte Begründung, um die Aufnahme sicherer zu erreichen, oder nur zu oft einzig die Folge unsinnigen Vorgehens gegen den Kranken, vor welchem man Angst bekommen hat. Ist es doch eine häufige Erscheinung, daß ganz harmlose Kranke ihren eigenen Familiengliedern eine ganz unbegründete Angst einjagen.

Erfreulicherweise werden auch jene Fälle immer zahlreicher, wo die Aufnahme nur auf das Verlangen nach sachgemäßer Pflege und Behandlung zurückzuführen ist, besonders dann, wenn die Anstalt bekannt ist und ihre Ärzte mit der Bevölkerung in Fühlung leben und arbeiten,' zum Beispiel durch private Praxis.

Es geht den Irrenanstalten ähnlich wie den Gebäranstalten, vor nicht langer Zeit wäre es für eine Familie unerhört gewesen, die Mutter für die Entbindung in eine Anstalt zu geben, heute wird es immer üblicher, nicht nur weil das Vorurteil sich immer mehr verliert, sondern vor allem aus materiellen Gründen, weil selbst eine hohe Verpflegstaxe noch immer billiger ist als die Pflege im Hause.

Seit wir unsere Kranken baden, im Bette liegen lassen, die Überwachungsbehandlung und die zahlreichen anderen Behandlungsformen in den Anstalten eingeführt haben, ist es für die private Behandlung zu teuer geworden, im Hause das Nötige beizustellen. Man gibt die Kranken daher leichter in Anstalten bezw. gäbe sie noch lieber in die Anstalten, wenn nicht die Kuratelanzeige wäre und die Furcht vor der Vermögensschädigung und öffentlichen Brandmarkung durch die Kuratelverhängung. Mit der Ordnung des Armenwesens, besonders der ausgedehnten Mitarbeit der privaten in der öffentlichen Wohltätigkeit nach dem Elberfelder Systeme, ist die Zahl der Verwahrlosungen von Geisteskranken seltener geworden. Jene Fälle von schweren Pflichtversäumnissen der Gemeinden, welche uns Kranke im deso-

latesten Zustande in die Anstalten brachten, sind hierzulande selten geworden. Man liest wohl ab und zu in Zeitungen von solchen Fällen, mir sind nur drei Fälle erinnerlich, alle drei betreffen aber Kranke aus leidlich bemittelten Familien, welchen die Aufnahme in die Anstalt des Kostenstandpunktes wegen nicht gegönnt wurde, und welche man zu Hause zu verstecken sich bemühte, bei allen dreien mit dem Erfolge, daß sie sehr lange Zeit verborgen blieben.

Hingegen sind jene Fälle nicht selten, in denen den armen Kranken der Eintritt in die Anstalt verweigert wurde, weil die Gemeinde und die Angehörigen die Zahlung nicht leisten wollten und erst dann nachgaben, als der Kranke gefährlich geworden war.

Es mag wohl in nicht wenigen solcher Fälle die Schuld auf einem zu fiskalischen Standpunkte in der Verpflegskostenbemessung liegen, nicht immer nur in einer Knauserei der mit Armenlasten überbürdeten Gemeinden oder auch selten rosig gebetteten Privaten.

Ganz erheblich vermehrt haben sich jene Aufnahmen, welche Kranke betreffen, die verwirrt und hilflos aufgegriffen wurden, teils zugereist aus dem Auslande, teils ohne alle Dokumente (nicht einmal den Namen konnten wir ermitteln) in den Straßen gefunden wurden.

Mit der zunehmenden Aktivität der Polizei werden diese Fälle, welche man früher liegen ließ oder in Schubarreste brachte, jetzt immer den Anstalten zugeführt. Dabei passiert alles mögliche von Fehldiagnosen, durch abnormes Benehmen, besonders im Rausche, Fieberdelirien, Meningitiden, welche nicht mehr zu sich kommen bis zum Tode, sogar einen Fall von verbrecherischer Betäubung durch Hyoszin und Beraubung des Opfers hat man uns gebracht. Ausnahmslos durch die Polizei.

Mit der Errichtung der Rettungs-Abteilungen und Stationen für erste Hilfe mehren sich auch jene Fälle plötzlicher Erkrankung, welche ohne Beihilfe der Polizeiärzte über Weisung des Arztes der Rettungs-Abteilung zur Aufnahme kommen. Diese Fälle sind insofern schwieriger zu beurteilen, als die Mannschaft selten Auskunft zu geben in der Lage ist, die Verwandten nicht mitkommen und die Ärzte mitunter es an der nötigen Sorgfalt ermangeln lassen, im Zeugnisse sowohl wie auch in der Untersuchung.

Aus alledem geht hervor, daß klinische Grenzfälle aller Art zur Aufnahme gelangen, also auch zweifelhafte Geisteszustände, und daß es in manchen Fällen ganz unmöglich ist, die Dokumente bei der Aufnahme beizubringen, durch welche die Geistesstörung erwiesen werden soll. Ferner, daß es in vielen Fällen ganz unmöglich ist, Verwandte oder andere Angehörige zur Stellung des Aufnahmeantrages zu bekommen; daß es in manchen Fällen nicht einmal möglich ist, die Generalien zu erfahren, und die Aufnahmeanzeige an die Gerichte unter „unbekannt ein Mann etc." gemacht werden muß:

daß somit das Schwergewicht auf **die ärztliche Untersuchung bei der Aufnahme zu legen ist** und auf die kollegiale Untersuchung nach der Aufnahme, womöglich am ersten Tage.

Wir sehen daher schon aus dieser Aufstellung, daß die Zeiten vorüber sind und nicht mehr wiederkehren werden, wo man Aufnahmeansuchen, ärztliches Zeugnis und Krankheitsgeschichte, Armutszeugnis oder Vermögensausweis und Zuständigkeitsdokument bei der Aufnahme prüfen konnte, und erst dann die Kranken der Hilfe zuführen konnte, wenn dies erledigt und in Ordnung befunden war.

Wollte man dies tun, so müßte man zwei Kategorien von Anstalten haben, die Irrenanstalten und die Beobachtungsstationen.

Sofern die Beobachtungsstationen mit Kliniken zu Unterrichtszwecken verbunden sind, wird selbstverständlich jeder alles das herbeiwünschen, was zu ihrer Förderung dienlich sein kann. Ebenso wird man es in größeren Städten für angezeigt finden, eigene Stadtasyle für kurzdauernde Psychosen zu fordern. Nur muß verlangt werden, daß sie unter der Leitung eines Psychiaters stehen und nicht als lästige Appendizes der internen Abteilungen vom Internisten im Nebenamte versehen werden, damit die Geisteskranken bis zur Erlangung der gesetzlich erforderlichen Reife in den Rauch gehängt werden und erst dann an die Anstalten abgegeben werden, wenn sich wieder einer den Hals abgeschnitten hat oder sonst so lästig geworden ist, daß man ihn gerne loshaben möchte.

Das sind leider Tatsachen. Wenn man Stadtasyle errichtet, so müssen wir von ihnen verlangen, daß die Geisteskranken in ihnen nicht Schaden leiden und daß die Asyle neben der fachmännischen Behandlung auch alle diejenigen Pflegeerfordernisse besitzen, welche für die Pflege aller Formen von Kranken notwendig sind, nicht nur die obligate und so sehr beliebte Isolierzelle und Zwangsjacke der internen Abteilungen.

Sie sollen für Überwachung, für Badebehandlung und in gleicher Art eingerichtet sein wie die Irrenanstalt, und sollen auch schon aus diagnostischen Gründen eine Arbeitstherapie, wenn auch in einfachen Grenzen ermöglichen. Wir müssen auch verlangen,

daß sie gesetzlich den übrigen Irrenanstalten gleichgestellt sind.

Hingegen müßten wir uns unbedingt dagegen aussprechen, daß diese Stadtasyle obligate Durchgangsstationen für die Kranken der Irrenanstalten würden, daß die Irrenanstalten also erst auf dem Wege durch eine Beobachtungsstation ihre Kranken bekommen sollten.

Das würde eine Herabdrückung der Irrenanstalten zu Pflegeanstalten bedeuten und eine Erschwerung der Beurteilung des Kranken, seiner wirtschaftlichen Verhältnisse und seiner Entlassungsmöglichkeit mit sich bringen, die einen Rückschritt im Irrenwesen zur Folge hätte, den man schon vor 60 Jahren erkannt hatte.

Wir selbst aber würden darin eine schwere Kränkung unserer fachlichen Ehre erblicken.

Ebenso müssen wir uns unbedingt gegen die heute noch hier und da übliche Art der Irrenbeobachtung aussprechen, die von Nichtfachmännern in mangelhaft eingerichteten medizinischen Abteilungen ausgeübt wird, oft überhaupt nur in Landspitälern mit der berüchtigten Tobzelle.

Sie haben ihre Ursache allein in den Erschwerungen, welche den Aufnahmeparagraphen der Irrenanstalten durch die Gesetze aufgedrängt werden, sind also Folgen von Rückständigkeiten der Gesetzgebung.

Beispiele wie das folgende sind zahlreich:

Eine leichte Zyklothymie war im Jahre 1908 infolge ehelichen Streites depressiv geworden und nach einer kurzen Anstaltspflege wieder gesundet.

Ein Jahr nachher wurde sie leicht erregt und auffallend. Statt sie in die Anstalt zu bringen, brachte man sie in ein Landspital. Schon am ersten Abend sperrte man sie „vorsichtshalber“ in die Zelle. Sie wurde ängstlich und begann zur Türe hinauszudrängen, weshalb man ihr „vorsichtshalber“ die Zwangsjacke gab. Am folgenden Tage war eine profuse Menstruation eingetreten, die Kranke war sehr erregt und durstig (weil sie nichts zu trinken bekommen hatte und sich in der Jacke müde gearbeitet hatte). Sie wurde ängstlich und fand in den Speisen Anlaß zu Geschmacksparästhesien und daraus zu der Wahnidee, daß man ihr etwas gegeben habe, um die schwere Blutung zu erzwecken etc. Jetzt brachte man sie endlich in die Anstalt, wo sie sich auch sofort beruhigte und seither, sie ist schon lange entlassen, besuchte uns aber noch öfters, völlig gesund geworden ist. Abgesehen von einigen Tagen der Bettruhe, hatte sie niemals eines Beruhigungsmittels bedurft.

Ein anderer gleichfalls manisch-depressiver Fall, der schon einer Depression wegen einmal in der Anstalt gewesen, wurde auf der Alpe ängstlich. Man brachte ihn in das nächste Landspital und auch vorsichtigerweise gleich in die Zelle. Als er ängstlich wurde, kam er in die Jacke, die ihn natürlich noch ängstlicher machte, er zerriß zwei Jacken, wurde wieder gebunden, schrie, betete, bat, man solle ihn fortlassen, er rannte mit dem Kopf ins Fenster, zertrümmerte es gänzlich, biß um sich und hatte es jetzt zu seinem Glücke erreicht, daß man ihn als genügend reif zur Aufnahme in eine Irrenanstalt erkannt hatte und als genügend lästig, um die Aufnahme in die Wege zu leiten. Er kam abends zu uns, lag in der ersten Nacht in der Wachstation und war am nächsten Vormittag schon in der halboffenen Abteilung im Bett, wo er bis zu seiner nach kurzem erfolgten Heilung verblieb.

Es dürfte wohl überflüssig sein, noch ein Wort an diese Beispiele anzuschließen. Die Art dieser Kunstprodukte kennt jeder praktische Psychiater zur Genüge und weiß auch genug Beispiele aus seiner Erfahrung anzuführen, aus welchen die Schädigung der Kranken und Gefährdungen derselben durch die Beobachtungszelle der Landspitäler und sogenannten Beobachtungsabteilungen bewiesen wird.

Wir müssen also verlangen, daß dem Verlangen der Zeit auch in den Statuten der Anstalten Rechnung getragen werde und daß die Irrenanstalten auch zweifelhafte Geisteszustände zum Zwecke der Beobachtung aufnehmen können.

Es wird wohl niemand geben, der unsere Befähigung zur Beurteilung solcher Zustände in Zweifel ziehen will.

Es wird auch jedermann, der die Verhältnisse kennt, die Irrenanstalt als einen geeigneteren Ort zur Beurteilung solcher Fälle bezeichnen, als das Delirantenzimmer eines Spitales.

Es bleibt daher lediglich der Einwand übrig, daß auf diese Art geistig Gesunde in die Irrenanstalten kommen können.

Das ist ohne weiteres zuzugeben. Wie die Zusammenstellungen des Kollegen Starlinger beweisen, kommt dies aber auch jetzt vor und ist überhaupt nicht zu vermeiden.

Das einzige Mittel, eine Zurückhaltung zu vermeiden, ist die genaue und gewissenhafte Arbeit in der Anstalt selbst.

Man hat die Aufnahmen von allen möglichen Kautelen abhängig gemacht. Man hat die Berechtigung zur Ausstellung der Aufnahmeatteste nur bestimmten Ärzten zuerkannt, man hat verfügt, daß die Aufnahme nur der Entscheidung der Direktion

unterliege, man hat aber dabei die wirklichen Verhältnisse nicht in Erwägung gezogen. Ja, meine Herren, wenn ich jeden Kranken selbst aufnehmen müßte, so käme ich zu gar keiner Arbeit, und in großen Anstalten wäre der Direktor einfach außerstande, dies zu tun. Die Aufnahme wird immer Sache des diensthabenden Arztes sein.

Es ist aber meines Wissens in keinem Statute die Verpflichtung enthalten, daß der Direktor oder sein nächster Vertreter jeden aufgenommenen Kranken innerhalb einer gewissen Frist selbst zu untersuchen hätte. Das gehört doch ins Statut, nicht in die Dienstesinstruktion, wenn man schon so vorsichtig und mißtrauisch sein will.

Es ist aber den Anstalten auch nicht einmal die Möglichkeit geboten, sich solche Behelfe, deren sie zur Beurteilung eines Kranken bedürfen, von Amts wegen zu verschaffen; z. B. Ergänzung der Zeugnisse oder der Anamnesen.

Und mit den Zeugnissen sieht es oft traurig aus. Ein höflicher Kollege gibt dem Kranken eine Visitkarte mit den Worten: wird Ihrer Behandlung empfohlen, der andere schreibt ein gestempeltes Zeugnis, in welchem er bestätigt, daß der Kranke an Paranoia leidet, selbst- und gemeingefährlich ist und der Behandlung in der Nervenanstalt bedarf. Die Diagnose war natürlich unrichtig. Andere schreiben einen langen Status präsens, ohne Inhalt für die Beurteilung der geistigen Störung.

Hätten wir nicht die Angehörigen bei der Aufnahme, so wären wir manchmal ohne Kenntnis des Notwendigsten.

Am schwersten ist dies bei der Beurteilung der Gefährlichkeit, und man darf wohl sagen, daß die Hälfte aller Angaben über eine Gefährlichkeit des Kranken sich als unrichtig herausstellen, zum mindesten als unrichtig aufgefaßte und gedeutete Krankheitsäußerungen, wenn nicht überhaupt als unwahr. Es ist dies auch nur selbstverständlich, wenn man sich in die Lage des Arztes denkt, der das Zeugnis ausstellt. Ist es ein Bezirksarzt, so untersucht er den Kranken meist im Amtszimmer oder in seiner Sprechstunde. Er verfügt also nicht über die Korrekturmöglichkeit der Angaben der Umgebung des Kranken, sondern schreibt das nieder, was man ihm sagte, eher ein wenig schärfer als zu wenig scharf, weil er als Beamter die doppelte Verantwortung trägt, wenn der Kranke sicher heitsgefährliche Handlungen begehen würde. Den Kranken selbst hat er in der Regel vorher gar nicht gekannt. Ist es ein praktischer Arzt, so kannte er wenigstens in den meisten Fällen die Familie und die Verhältnisse des Kranken, weiß schon längst, daß der N. N. exzentrisch ist oder abnorm. Das sind auch die für uns wertvollsten Zeugnisse. Ich kenne praktische Ärzte, alte Bader, deren Zeugnisse für die Beurteilung des Zustandes und der Verhältnisse des Kranken wertvoller sind, als die schönsten modernen Fragebogen.

Aber leider sei es geklagt, ist die Bequemlichkeit auch unter den Kollegen ein schwer zu bekämpfendes Übel, und ist sie nicht nur an die freie Praxis gebunden, sondern kommt sie auch in beamteten Stellungen vor. Ich besitze auch von Amtsärzten Zeugnisse in großer Menge, die nicht nur nichts taugen, sondern sogar Zeugnisse, die niedergeschrieben wurden, ohne daß der Kranke besucht, geschweige denn untersucht wurde.

Ist dagegen etwas zu machen? Ich glaube, daß es ganz unrecht ist, den Kranken zurückzuschicken, wenn der Arzt bequem war.

Den Kranken abzuweisen habe auch ich nicht mehr das Herz, seit ich einmal eine Frau nach längerer Untersuchung dem Paragraph zuliebe abgewiesen habe, welche nur leicht depressiv war und zwei Tage nachher in einem Bache gefunden wurde.

Die Verantwortung selbst zu übernehmen und in allen den vielen Fällen den Ausnahmeparagraph zu Hilfe zu nehmen, ist zwar Menschlichkeitsgebot, aber doch mißlich, und vor allem vergeht einem die Lust mit dem Satze: daß das „Wissen verpflichtet“, immer und immer wieder die Verantwortung stillschweigend auf sich zu nehmen, wenn man von maßgebenden Faktoren mit der heute üblichen Vorliebe als Rechtsbrecher betrachtet wird.

Die Ärzte zur Ausstellung entsprechender Zeugnisse zu zwingen, gibt es nur ein Mittel: die Anstalt müßte das Recht haben, Ergänzungen mangelhafter Atteste und Erhebungen auf amtlichem Wege zu verlangen und nicht nur zu verlangen, sondern auch zu erhalten. Ist das Zeugnis mangelhaft, so wird angenommen, daß dem Kollegen die protokollarische Einvernahme am Sitze der Rechtsschutzbehörde oder der politischen Behörde angenehmer erscheint, und es wird dies nach einer vorherigen Bitte um Ergänzung auch in die Wege geleitet.

Wie schon erwähnt, ist es für uns das wichtigste, in der Beurteilung der Kranken über entsprechende Anamnesen zu verfügen. Es sollte daher die Bestimmung getroffen werden, daß die Angehörigen oder die Umgebung des Kranken bei der Aufnahme sich einzufinden haben.

Die Anamnese kann nicht genau genug sein. Den klinischen Teil derselben darf ich wohl übergehen.

Hingegen möchte ich die Aufmerksamkeit darauf lenken, daß wir den wirtschaftlichen Verhältnissen und der Umgebung des Kranken in unserem eigenen Interesse mehr Aufmerksamkeit schenken sollten.

Erst wenn dies geschieht, wird so manche Krankheitsäußerung klarer, wir verstehen die Reaktionsweise des Kranken besser, wir sind besser imstande, die Ursachen der Unterbringung zu beurteilen und auch zu beurteilen, wann er zu entlassen ist und was für seine Pflege zu verlangen ist.

Wünschenswert erscheint es ferner, daß die uns gemachten Angaben der Umgebung, die Anamnese als Dokument verwertbar seien, auf das wir uns berufen können. Wir lassen sie daher von den Angehörigen unterschreiben und fassen sie als Protokoll ab.

Da die Anamnese aber immerhin ein längeres Schriftstück ist, so empfiehlt es sich, in einem eigenen Protokolle, das wir Aufnahmeantrag nennen, kurz die Gründe der Unterbringung anzugeben, den Namen desjenigen anzuführen, der die Überführung leitete, Name der Angehörigen, der gesetzlichen Vertreter beizufügen, und auch anzugeben, welcher Art die Vermögensverhältnisse des Kranken sind, wer dieselben in die Hand genommen hat und was an Sicherstellung wünschenswert ist.

Das Dokument könnte so sein, daß es zugleich als Anzeige an die Rechtsschutzbehörde dienen könnte, dieser ihre Aufgabe wesentlich erleichtert, dem Kranken eine Sicherstellung seiner Effekten etc. gewährleistet und uns als Deckung für die Aufnahme dient.

Wenn wir also bei der Aufnahme des Kranken die genaue ärztliche Untersuchung in der Anstalt, und zwar schon beim Eintritte des Kranken und am folgenden Tage in einer kollegialen Beratung, mindestens des behandelnden Arztes und des Direktors, als den hauptsächlichsten Schutz gegen eine widerrechtliche Absicht, einen Gesunden in einer Irrenanstalt unterzubringen, erblicken wollen, so müssen wir auch unser nächstes Verlangen danach stellen, daß die Anamnese so eingehend als möglich abgefaßt werden könne.

Das können wir aber wieder nur dann in der für uns nötigen Klarheit erhalten, wenn wir die Kranken ohne Zwischenstation einer Beobachtungsabteilung direkt aufnehmen können, denn es ist erfahrungsgemäß niemals möglich, die Angehörigen in einer so kurzen Frist zum zweiten Male zur Einvernahme zu erhalten, und es ist erfahrungsgemäß niemals möglich, aus den Krankengeschichten der Beobachtungsabteilungen (Kliniken und fachmännische Anstalten ausgenommen) alles das zu erfahren, was wir wissen müssen. Selbst die Angaben dieser Anstalten und Kliniken bedürfen häufig noch einer Ergänzung, uns handelt es sich ja nicht nur um das klinische Bild, sondern um die wirtschaftlichen Verhältnisse des Kranken, in die er mit der Zeit wieder zurückgeführt werden soll. Doch ließe sich darüber wohl unschwer eine gegenseitige Verständigung erzielen.

Bei alledem wird es noch Fragen geben, die bei der Aufnahme nicht entschieden werden können und welche Erhebungen verlangen. An wen sollen wir uns heute wenden? Die Gerichte befassen sich damit ebenso wenig wie politische Behörden, die Gemeinden haben nicht die Eignung und Erfahrung. Wir bedürfen einer eigenen Institution, welche als Irrenfürsorgeeinrichtung uns hilft und uns zugleich deckt.

Deckung? Brauchen wir eine Deckung? Wo sollen wir sie suchen? Heute sucht alles Deckung; die Regierung hinter den Paragraphen eines Irrenfürsorgegesetzes, damit sie sagen kann: seht, ich habe mein möglichstes getan in der Knebelung der bösen Psychiater und dennoch sperren sie wieder die Gesunden ein, sie sind unverbesserlich, ich aber darf meine Hände in meiner euch bekannten Unschuld waschen. Sollen wir uns in dem Bureaukratismus decken? Hinter den Irreninspektoren? Hinter dem Gutachten der Kuratelkommission, das uns zu überprüfen hat?

Der eine hat ein Bedürfnis sich zu decken, der andere weniger.

Allzuviel Deckung ist keineswegs gesund.

Es kann dann passieren, daß gerade das erstickt wird, was den Irrenanstalten not tut, heute besonders, die kraftvolle Initiative eines vollen Mannes.

Deckung in allem und jedem setzt auch Vorschreibung in allem und jedem voraus, und das führt mit Notwendigkeit zu einem bureaukratischen Arbeiten, in welchem die Erfüllung der Vorschreibungen, nicht aber die Erfüllung der Aufgabe die Hauptsache wird.

Deckung hinter bureaukratischen Vorschreibungen suchen, kann aber auch ein „sich einer eisernen Jungfrau anvertrauen“ sein, die uns erdrückt, indem sie uns deckt.

Die Verhältnisse des Irrenwesens sind noch viel zu wenig entwickelt, um bureaukratisch formuliert werden zu können.

Und wer hat heute Deckung? Am ehesten derjenige, dessen Arbeit vor aller Augen daliegt. Der Bureaukrat gewiß nicht, oder wenigstens nicht lange.

Unsere Tätigkeit ist eine eminente Vertrauensstellung. Sie verlangt einen Vertrauensrückhalt zuerst

bei denen, für welche wir arbeiten, bei den Kranken und bei deren Angehörigen. Das andere ergibt sich von selbst.

Sie wird aber unhaltbar, wenn sie sich nur auf eine bureaukratische Position stützt und mit der Bevölkerung nicht in Fühlung tritt.

Das widerspricht dem ganzen Denken der heutigen Zeit. Wo hätten wir diese Deckung besser zu finden als in einer Irrenfürsorgeorganisation, die unser Arbeiten am besten kennt und die auch am ehesten unserem Arbeiten ein Verständnis entgegenbringt, jedenfalls mehr als ein leidiger, neidiger Bureaukratismus.

Diese Institution wäre bei dem Eintritte eines Kranken in einer Weise zu verständigen, daß die Diskretion gewahrt bleibt, was nicht schwer möglich ist.

Sie hätte die Möglichkeit, uns bei Erhebungen verläßliche Angaben zu machen, sie hätte auch die Möglichkeit, den Angehörigen des Kranken und dem Kranken in vermögensrechtlichen Fragen beizustehen, sie könnte auch schon vor der Aufnahme in die Anstalt hilfreich beistehen, beratend oder helfend.

Unser Verlangen soll also nach einer Mitarbeit durch eine Irren- oder Kranksinnigenhilfsorganisation gerichtet sein, wie ich sie schon im Jahre 1902 angeregt habe.

Da diese Hilfsorganisation nicht nur bei der Aufnahme, sondern auch bei der Entlassung der Kranken in Tätigkeit zu treten hätte, so wäre über die Zusammensetzung derselben bei der Besprechung der Entlassung der Kranken eingehender zu berichten.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Der **Möbius-Preis** wurde verliehen an Professor Dr. Aloys Alzheimer in München und Oberarzt Dr. Emil Reiss in Frankfurt a. Main.

— **Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.** In dem Fortbildungskurs, der vom Kammergericht Berlin für Richter und Staatsanwälte veranstaltet worden ist, hielt Geheimrat Prof. Dr. med. et phil. Sommer aus Gießen in der alten königl. Bibliothek einen Vortrag über die Methoden der Intelligenzprüfung. Er behandelte das Verhältnis von Gedächtnis und Verstand, die Prüfung der Schulkenntnisse, das Rechenvermögen, die Assoziationen der Vorstellungen, sodann die Aufmerksamkeit, die Auffassungsfähigkeit, die Vollständigkeit der Vorstellungskomplexe, die Zerlegung und Ergänzung von Vorstellungskomplexen, den mechanischen Verstand, den konstruktiven Verstand, die logische Unter- und Überordnung, den vergleichenden Scharfsinn, den Kausalitätsbegriff, das intellektuelle Interesse, das Verständnis für die Umwelt. Bei allen Punkten wurde gezeigt, daß mit exakten Messungsmethoden gearbeitet werden könne, die durch Bilder, Zeichnungen und Projektionen erläutert wurden. Sodann folgte die Anwendung dieser Untersuchungsarten auf die einzelnen Formen von Geisteskrankheit und die vor Gericht zu beurteilenden Fälle; ferner auf die Fassung der Strafgesetzgebung und der Vorentwürfe zu den neuen Gesetzbüchern. Der Vortrag war von ungefähr 160 Juristen und als Gäste erschienenen Ärzten besucht, neben vielen anderen bekannten Persönlichkeiten waren Geheimrat v. Stölzel, die Geheimräte Krohne und Dietrich vom Ministerium des Innern anwesend. Bei dem Vortrag trat hervor, daß sich auf dem Boden methodischer Untersuchung eine Übereinstimmung von Juristen und Psychiatern erzielen läßt.

In der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau hielt der Direktor Sanitätsrat Dr. Neißer vor Juristen aus den benachbarten Landgerichtsbezirken Liegnitz und Görlitz Demonstrationsvorträge über kriminelle Geisteskranke, zu welchen sich auch der Landgerichts-Präsident und Erste Staatsanwalt, mehrere Landgerichts-Direktoren, im ganzen das letzte Mal gegen sechzig Herren eingefunden hatten, welche ein lebhaftes Interesse an den Darbietungen und den Wunsch nach Wiederholung derselben bekundeten, so daß hiervon eine Förderung der gemeinsamen forensischen Tätigkeit erhofft werden darf.

— **Ein psychologisches Institut in Moskau.** Der Moskauer Millionär S. Schtschukin hat der Universität Moskau ein psychologisches Institut zum Geschenk gemacht, das im Sommer dieses Jahres eingeweiht werden soll. Die Baukosten betragen 120000 Rbl.

— **Eine Massenflucht geisteskranker Verbrecher** aus der städtischen Irrenanstalt Buch ist kurz vor der Ausführung vereitelt worden. Auf dem Hause 9, dem einen der drei „festen Häuser", sind in vier getrennten Abteilungen fast nur geisteskranke Verbrecher und zu ihrer Bewachung nicht weniger als 80 Pfleger stationiert. Es fiel nun auf, daß an dem einen Schlafraum das Guckloch in der Tür, das auch zur Nachtzeit die Kontrolle des matterleuchteten Saales ermöglichen soll, gleich nach dem Schlafengehen verklebt war. Die Verbrecher rechneten mit der Gepflogenheit, daß die erste Kontrolle erst in später Abendstunde erfolgte. Bei sofortiger Revision wurden aus Holz hergestellte Nachschlüssel zum Öffnen der sogenannten Vierkantschlösser gefunden. An dem Fluchtplan waren fünf geisteskranke Verbrecher beteiligt, die nunmehr nach dem auf freiem Felde belegenen noch festeren Hause 13 gelegt worden sind. Aus diesem entfloh kürzlich mit tatkräftigster Hilfe von außen der berüchtigte Einbrecher

Gorski. Die Helfer waren so dreist, einen Wagen an die fünf Meter hohe Umfassungsmauer zur Abschwächung des Sprunges zu schieben. Innen an der Mauer fand man eine mit Haken versehene Strickleiter. Die äußere, mit Revolver bewaffnete Nachtwache macht um dieses Haus nur alle halbe Stunde ihre Runde. Ein Entweichen ist hier nur in ganz besonderen Glücksfällen möglich.

— **Hamburg.** Das frühere Bürgerratsmitglied Karl Fleck, das seit längerer Zeit gegen die hiesige Staatsanwaltschaft einen Zivilprozeß um Aufhebung der über ihn verhängten Entmündigung führt, hat eine Broschüre „Ein Beitrag zur Justiz-, Irren- und Vormundschaftsfrage in Hamburg" zur Verteilung gebracht. In dieser Broschüre finden sich Angriffe und Beleidigungen gegen die Ärzte einer großen Irrenanstalt bei Hamburg. Daraufhin ist die Beschlagnahme der Broschüre verfügt worden.
(Tägliche Rundschau, Berlin.)

— **Haftet die Irrenanstalt für Selbstmord?** Der Fabrikant Dr. E., der an Selbstmordmanie litt, hatte sich in die Heilanstalt Tannenhof, die dem Rheinischen Missionsverein gehört, aufnehmen lassen. Die Anstalt schloß mit der Frau des Dr. E. einen Vertrag über die Verpflegung ab. Eine ausdrückliche Verpflichtung wegen der Wartung übernahm die Anstalt der Frau gegenüber nicht. Der Kranke erhielt auf seinen Wunsch ein Zimmer für sich, daneben befand sich ein Wachsaal und ein Salon. Zur Bewachung war ein Pfleger angestellt. In einer Nacht verließ der Pfleger den ruhig schlafenden Kranken auf ein paar Minuten und begab sich in den Salon, um dort aufzuräumen. Als er wieder eintrat, hing der Kranke tot an der Gardinenschnur. Die Witwe des Verstorbenen machte für den Tod ihres Gatten die Anstaltsleitung verantwortlich und verlangte für sich und ihre Kinder eine Rente. Ihre Ansprüche wurden vom Landgericht Elberfeld und vom Oberlandesgericht Düsseldorf anerkannt. Das Oberlandesgericht nahm an, daß der Verstorbene nur noch fünf Jahre erwerbsfähig gewesen sein würde und sprach der Klägerin nur für diese Zeit eine Rente zu. In seiner Urteilsbegründung lehnte das Oberlandesgericht jede vertragliche Verpflichtung der Anstalt ab, doch erachtet es die Haftpflicht wegen der Fahrlässigkeit in der Beaufsichtigung des Kranken für begründet. Die Anstalt könne sich nicht schon durch den Beweis von jeder Haftpflicht freisprechen, daß sie einen Pfleger mit der Beobachtung des Kranken beauftragt hat und bei dessen Anstellung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt hat walten lassen. Wenn eine Anstalt sich zur Aufnahme von Kranken bereit erklärt, so müsse sie auch für die darin befindlichen Personen die nötige Fürsorge treffen. — Das Reichsgericht hat das Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf soweit aufgehoben, als es zu Ungunsten der beklagten Anstalt ergangen war. In diesem Umfange ist die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Oberlandesgericht zurückverwiesen worden. (Aktenzeichen VI. 146/11. — Urteil vom 4. Januar 1912.) (Rhein.-Westfälische Zeitung, 15. Jan. 12.)

— **Schwerer Unglücksfall in der italienischen Irrenanstalt Mercerata. Direktor Dr. Esposito tödlich verunglückt.** Ein furchtbares Drama ereignete sich am 27. Dezember v. Js. in der italienischen Irrenanstalt Mercerata. Durch den Sturm waren mehrere Leitungspfähle umgeworfen worden. Die von ihnen geführten elektrischen Drähte waren in den Garten der Irrenanstalt gefallen. Drei Geisteskranke, die die Drähte berührten, wurden vollständig elektrisiert. Zwei andere, die auf ihr Geschrei hinzueilten, erlitten das gleiche Schicksal. Der Direktor der Irrenanstalt, Dr. Esposito, der alle fünf auf der Erde liegen sah, glaubte, daß sie untereinander einen Streit gehabt hätten, und lief hinzu, um sie auseinander zu bringen. Er berührte dabei ebenfalls einen Draht und wurde getötet. Außerdem sind zwei Krankenwärter verletzt worden. Die ganze Tragödie spielte sich in wenigen Minuten ab. Wir betrauern schmerzlich das unglückliche Los, das den tüchtigen Kollegen in seinem Beruf getroffen hat.

— Der **XVII. internationale medizinische Kongreß** findet vom **6. bis 12. August 1913** in **London** statt. Sektion XI. Neuropathologie: Präsident: Sir David Ferrier, Sekretäre: Fred. E. Batten, M. D., und H. Head, M. D. Sektion XII. Psychiatrie: Präsident: Sir James Crichton-Browne, Sekretäre: C. Hubert Bond, M. D., Maurice Craig, M. D., Edwin Goodall, M. D., James H. Macdonald, M. B. — Näheres durch den Herrn „Generalsekretair des XVII. internationalen medizinischen Kongresses", London W., 13 Hinde street. Auf dem Briefumschlag ist die Sektion anzugeben, wenn bezüglich einer solchen Auskunft erbeten wird.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Eglfing.** Dem Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing, Dr. Vocke, wurde der Titel eines Königlichen Medizinalrats verliehen.

— **Kaufbeuren.** Dem Anstaltsarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, Dr. Emil Krapf, wurde Titel und Rang eines Königl. Oberarztes verliehen.

— **Erlangen.** Der Verdienst-Orden vom heiligen Michael 3. Klasse wurde dem Prof. Dr. Gustav Specht in Erlangen verliehen.

— **Winnenthal.** Dr. Gleuwitz als Assistenzarzt an der Königl. Heil- und Pflegeanstalt angestellt.

— **Bremen.** Dr. Ludwig Scholz, früher Direktor der Provinzialirrenanstalt zu Kosten, hat sich hier niedergelassen.

— **Teupitz.** Dem Direktor der Landesirrenanstalt zu Teupitz, Dr. Knörr, wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

Therapeutisches.

— Prof. Dr. L. Ritter v. Korczyński, leitender Arzt der internen Abteilung des Landesspitales in Serojewo, veröffentlicht in der „Österreichischen

Ärzte-Zeitung", 1911, Nr. 10 seine Erfahrungen mit dem unter dem Namen **Fermocyl-Tabletten** von Vial & Uhlmann in Frankfurt a. M. hergestellten Präparat zur Hefetherapie. Diese Tabletten, bestehend aus einer Mischung von sorgfältig zubereiteter Trockenhefe, Pankreaspulver und Natronphosphat, wiegen 0,6 g (das entspricht etwa 2 g frischer Hefe bestimmter Rasse und Reife), haben einen charakteristischen, nicht unangenehmen Geschmack und Geruch und lassen sich in Wasser, Milch etc. leicht zu einer gleichmäßigen Masse verreiben. Nach Prof. Brugsch und A. Fränkel sinkt unter dem Gebrauche dieser Tabletten der Zuckergehalt des Harns und steigt die Toleranz des Organismus gegenüber der kohlehydrathaltigen Nahrung. Ritter von Korczyński kann auf Grund seiner Erfahrungen diesem Urteil vollkommen beipflichten. Der günstige Einfluß äußerte sich auch in der Besserung des subjektiven Befindens der Kranken, in der Abnahme des lästigen Durstgefühls, der Trockenheit im Munde, des Schwächegefühls usw. Verf. vermutet, „daß es sich dabei um fermentative, wohl auch katalytische Vorgänge handelt, die entweder dazu beitragen, daß Zucker energischer angegriffen und direkt verbrannt wird, oder aber, daß eine Spaltung des Zuckermoleküls, die dem diabetischen Organismus fehlt, durch die Hefe- und Pankreasfermente erfolgt und die Spaltprodukte dann schon durch eigene Kräfte verbrannt werden." Er stützt sich für letztere Auffassung auf die Ergebnisse von Prof. Baumgarten in Halle, der nachwies, daß einige Abbau- oder Oxydationsprodukte des Zuckers vom diabetischen Organismus gut verwertet werden. Besonders geeignet für die Behandlung mit Fermocyl sind fettleibige Diabetiker. Günstige Wirkungen sah Ritter von Korczyński bei heftigen und hartnäckigen Dickdarmkatarrhen, die mit Stuhlträgheit und fauliger Zersetzung des eiweißhaltigen Darminhalts und mit Erscheinungen der Eigenvergiftung einhergingen. [Bei anormaler Gärung des Darminhalts (abweichender, saurer Reaktion des Stuhles, Gasbläschenbildung, eventuell Vergärung der Fäzes in Straßburgerschen Gärröhrchen) sind Hefepräparate eher kontraindiziert; indiziert dagegen beinahe reine Fleischkost und Salol-Pankreatin-Darreichung.] Endlich haben sich die Fermocyl-Tabletten bewährt bei hartnäckiger Furunkulose und zirkumskriptem Ekzem. Auch von einer Reihe anderer Ärzte ist über günstige Erfolge mit Fermocyl-Tabletten berichtet worden.

— **Sotopan bei Lungenkrankheiten.** Von Dr. Camphausen, Spezialarzt für Lungenkrankheiten, leitender Arzt des Sanatorium Neudorf bei Görbersdorf. Separat-Abdruck aus „Fortschritte der Medizin", Nr. 48, 1911. Verlag von Georg Thieme, Leipzig. Bei der Herstellung des Sotopans, das in flüssiger und in Tablettenform in den Handel kommt, ging man von dem Grundgedanken aus, daß mehrere spezifische Arzneikomponenten vereint einen bedeutend größeren Effekt erzielen, als die einzelnen Bestandteile nebeneinander. Das Präparat enthält als wirksame Bestandteile: Chinin, Brom, Calcium glycerophosphoricum, Ferrum lacticum. Diese Auswahl von Arzneistoffen legte dem Verf. den Gedanken nahe, das Präparat besonders in seinem Spezialgebiete, der Tuberkulosebehandlung zu versuchen aus folgenden Erwägungen heraus: Nach Sobotta beruht das eigentlich disponierende Moment der Tuberkulose nicht zum geringen Teil auf einer Verarmung der Körperorgane an Kalksalzen. Der Urin des Tuberkulösen läßt eine erhöhte Kalkausscheidung nachweisen, Knochen und Zähne Tuberkulöser sind im Vergleich mit denen gesunder Menschen bedeutend kalkärmer. Daher die alte Erfahrung, daß die Tuberkulose bei Diabetikern und Schwangeren gewöhnlich einen viel bösartigeren, rapideren Verlauf nimmt als bei anderen, weil eben diese Zustände schon an sich erhöhte Anforderungen an den Kalkgehalt des Körpers stellen. Andererseits erkranken Arbeiter in Kalkwerken trotz ungünstiger hygienischer Bedingungen relativ selten an Tuberkulose, ebenso wie Gichtiker, bei denen ja bekanntlich ein erhöhter Kalkgehalt des Blutes vorhanden ist. Auch wird heute der Gedanke zu wenig berücksichtigt, daß zur Verkalkung des tuberkulösen Herdes selbst die Zufuhr von Kalksalzen nützlich ist, die Grundidee bei allen Bade- und Trinkwassern zur Behandlung der Tuberkulose. Haupterfordernis bei dieser Art der Therapie ist aber natürlich, daß die Kalksalze gut löslich und resorbierbar sind.

Diese Forderung wird vom Sotopan in vollkommener Weise erfüllt, es enthält als Hauptbestandteil das Calcium glycerophosphoricum, ein gut lösliches, leicht resorbierbares Kalksalz, das noch den Vorzug hat, durch seinen Gehalt an Lezithin als Nervennahrung zu dienen. Fast jeder Tuberkulöse ist ja gleichzeitig ein Nervenkranker.

Daher ist es eine weitere glücklich gewählte Eigenschaft des Sotopans, daß es auch ein direktes Nervenberuhigungsmittel enthält: das altbewährte Brom. Da die Tuberkulose sehr häufig an Anämie sich anschließt und im Verlauf der Tuberkulose fast ständig eine Verminderung des Hämoglobingehaltes des Bluts sich nachweisen läßt, so enthält Sotopan Eisen in Form von Ferrum lacticum, das bekanntlich leicht löslich und sehr bekömmlich ist. Als letzte Komponente des Sotopans bleibt nur noch das Chinin zu nennen, als Tonikum und Stomachikum. Verf. hat den Eindruck, als wenn die bei Phthisikern oft abnormen Darmfäulnisvorgänge durch Chinin hintangehalten würden. Unter Behandlung mit Sotopan werden gewisse Formen tuberkulösen Fiebers, die anderen Mitteln getrotzt haben, günstig beeinflußt. Die Kosten einer Sotopankur sind nicht sehr hoch (täglich ca. 10 bis 15 Pf.), daß sie nicht auch weniger bemittelte Kreise, selbst „Kassen" erschwingen könnten. Von der Wirkungsweise des Sotopans legen einige kurze Krankengeschichten Zeugnis ab.

— Prof. Dr. R. Oestreich, Prosektor des Königin-Augusta-Hospitals in Berlin, hatte im vorigen Jahre (Berl. klin. Woch., 1911, Nr. 37, 1698) über ein neues Verfahren zur Behandlung des Krebses mit **Antituman Riedel** (chondroitinschwefelsaurem Natrium) berichtet und legt neuerdings in einer ausführlichen Abhandlung (Zeitschr. für Krebsforsch., 1911, Bd. 11, Heft 1) dar, welche Erwägungen ihn zur

Anwendung dieses Präparates geführt haben, und wie sich die einzelnen Fälle unter dieser Behandlung verhalten haben. Unter „Krebs" versteht Verf. nur den echten Epithel-Krebs, nicht aber andere bösartige Geschwülste, z. B. Sarkome, oder Endothel-Krebse. — Aus den Mitteilungen geht hervor, daß das Antituman ohne Zweifel eine Wirkung auf die Krebsgeschwulst und auch auf den krebskranken Körper ausübt: Die Versuche zeigten auch, daß die Voraussetzungen Oestreichs richtig gewesen sind, und daß im Antituman eine Substanz vorliegt, welche irgendeine Art Affinität zu der Krebsgeschwulst besitzt. Es ist daher gerechtfertigt, das Antituman weiter zur Behandlung Krebskranker zu verwenden; die anatomischen Veränderungen infolge der Antituman-Injektionen sind derartige, daß Hoffnung auf günstige therapeutische Ergebnisse besteht. Vor allem ist ratsam, inoperable Fälle und solche, welche operiert sind, nach erfolgter Wundheilung mit Antituman zu behandeln. Man sei sich aber dabei stets dessen eingedenk, daß der durch Krebs bereits zerstörte Organteil verloren ist. Die bisherige Dosis (von 0,1 g) kann wahrscheinlich beträchtlich gesteigert werden; dann werden sich auch noch intensivere Einwirkungen bemerkbar machen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der mit mehr als 1200 Geisteskranken belegten **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz** bei Schkeuditz (Prov. Sachsen) ist eine

Assistenzarztstelle

frei und möglichst bald, spätestens indes zum 1. April wieder zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M. außer vollständig freier Station. Jährliche Zulagen von je 200 M. Bewerbern, welche schon in anderen Anstalten, Krankenhäusern oder Kliniken tätig gewesen sind, kann eventuell ein höheres Anfangsgehalt gewährt werden. Nach dreijähriger Dienstzeit, auf die eventuell frühere anderweitige Tätigkeit angerechnet werden kann, erfolgt bei Bewährung lebenslängliche Anstellung mit Pensionsberechtigung und einem von 3600 bis 6000 M. bezw. 7200 M. aufsteigenden Gehalt neben freier Familienwohnung oder einer Mietsentschädigung von 1080 M. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften baldigst erbeten an den Anstaltsdirektor **Geheimen Sanitätsrat Dr. Paetz.** (Alt-Scherbitz ist Haltestelle der elektrischen Bahn Leipzig-Schkeuditz, Schkeuditz Station der Eisenbahn Leipzig-Halle.)

---

2 gebildete Schwestern,

30 und 38 Jahr, in Kranken- und Irrenpflege ausgebildet, wünschen Anstellung zum 1. 4. oder später im Provinzialdienst als

Oberpflegerinnen

ev. auch an Privatanstalt. Off. unter **B. W. 3227** an **Rudolf Mosse, Breslau.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 45. 3. Februar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Zur Geschichte der Psychiatrie. Von Direktor Dr. Herting, Galkhausen. (S. 449.) — Aufnahme und Entlassung. Von Regierungsrat Dr. Josef Schweighofer, Salzburg. (Schluß.) (S. 452.) — Mitteilungen (S. 458): Beitrag zur Luesparalysefrage — Referate (S. 458.)

Zur Geschichte der Psychiatrie.*)

Von Direktor Dr. *Herting*-Galkhausen.

Ein Rückblick in vergangene Zeit bietet uns Jüngeren interessante Momente genug, und zwar sowohl in der Richtung, daß jener bekannte moderne Vorwurf negativen Erfolges unserer praktisch irrenärztlichen Tätigkeit unberechtigt ist, daß es also mit uns, unseren Anstalten und unseren Kranken doch besser geworden ist als früher, und in der Richtung, daß auch unsere Vorgänger im Beruf Gutes gewirkt und manches gedacht und gewollt haben, was wir jetzt gern als unser geistiges Eigentum mit Prioritätsansprüchen reklamieren.

Jede psychiatrisch-historische Studie beginnt bekanntlich mit dem Besessensein und den Hexenprozessen. Zeitlich erheblich näher liegt uns aber die Unterbringung unserer Kranken zusammen mit den Gefangenen in den Zucht- und Arbeitshäusern, eine Behandlungsart, die wir unseren Vorfahren gern zum ernsten Vorwurf machen.

Und hier möchte ich einsetzen und diese rehabilitieren.

Die erste Ursache und anfänglich der alleinige Zweck der Internierung der Irren waren polizeiliche: der Schutz der Öffentlichkeit oder der Familien gegen gemeingefährliche oder lästige Ausschreitungen; so schreibt Frank in seinem „System einer vollständigen medizinischen Polizei" 1778:

„Die Polizei muß jedermann dazu anhalten für ihre vernunftlosen oder rasenden Anverwandten die zu ihrer und des Publikums Sicherheit erforderlichen Maßregeln zu ergreifen."

Demgemäß zog man die Grenzen der Anstaltsbedürftigkeit äußerst eng und ließ alle harmlosen Irren frei laufen. War aber die Sicherung, die Detention das leitende Motiv für die Unterbringung, so war es wiederum nur natürlich, hierzu in erster Linie die vorhandenen Detentionsanstalten mutatis mutandis zu verwenden — machte man es doch vor kurzem bei Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes nicht anders. Konnte man aber gleichzeitig der Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen — und das ist anzunehmen —, so dürfen wir, zugleich unter Berücksichtigung der allgemeinen und auch politischen Verhältnisse des 17. und 18. Jahrhunderts, aus diesen Maßnahmen einen Vorwurf nicht herleiten, vorausgesetzt, daß die Irren nicht in relativ ungünstige Lage gebracht wurden.

Gehen wir diesem weiter nach: Tatsache ist, daß während des 17. und 18. Jahrhunderts die Irren in den sogenannten Zuchthäusern untergebracht waren.

Dabei ist aber folgendes zn beachten.

Nach den Untersuchungen und Veröffentlichungen von Hippels und besonders Rosenfelds hat die Bedeutung des Namens „Zuchthaus, Arbeitshaus, Werkhaus" im Lauf der Jahrhunderte gewechselt. Und zwar verstand man unter „Zuchthaus" gerade früher diejenigen Anstalten, welche zur Aufnahme nicht etwa schwerer Verbrecher, sondern allerlei liederlichen Gesindels, Landstreicher, ungetreuer Dienstboten, ungeratener Kinder usw. dienten; ihre Zweckbestimmung war die Zucht, die Erziehung, etwa im Sinne des lutherischen „züchtig leben", „fein äußerliche Zucht". Der Aufenthalt in dem 1596 zu Amsterdam eröffneten Männerzuchthause galt — im Gegensatz zu der sonstigen gewöhnlichen Wirkung der Strafe — nicht als entehrend. Der Rat von Bremen lehnte 1727 energisch wiederholt und mit Erfolg die Aufnahme „unehrlicher", d. h. in

*) Vorgetragen am 17. Juni 1911 in der Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz zu Bonn.

ihrer Ehre anrüchiger Personen in sein Zuchthaus ab, weil dies „nur für mutwillige Bettler und ungehorsame Kinder" bestimmt sei. Ebenso war es in Hamburg, während für die „unehrlichen", d. h. für rückfällige Diebe und Huren 1669 das Spinnhaus eröffnet wurde.

Auch preußische Ministerialreskripte von 1791 und 1809 bestimmten, daß die Richter, bei der zugelassenen Wahl zwischen Zuchthaus- und Festungsstrafe auf letztere dann zu erkennen hätten, wenn keine Hoffnung auf Besserung des Verurteilten vorhanden sei!

Wir finden weiter, daß diese Detentionshäuser nur in seltenen Fällen den reinen Namen „Zuchthaus" führen, sondern entsprechend dem zusammengesetzten Inhalt meist „Zucht-, Waisen- und Armenhaus", „Zucht- und Werkhaus" oder auch einen nichtssagenden, wie in Leipzig das „Georgenhaus". Bei weitem nicht immer galt der Grundsatz post potiorem fit denominatio: so wurde 1671 das „Georgenhospital" — und zwar neben dem St. Johannishospital — erbaut, „damit darin die Unsinnigen verwahrt, liederliche Leute gebändigt und arme Waisenkinder ernähret und erzogen werden möchten." Die Gründung der Zuchthäuser zu Ende des 16. Jahrhunderts stand in engem Zusammenhang mit der damaligen Armen- und Wohltätigkeitspflege. In den säkularisierten Klöstern Amsterdams wurden gleichzeitig Zucht-, Waisen-, Kranken- und Irrenhäuser eingerichtet; Pontanus behandelt (1611) die Zuchthäuser in unmittelbarer Verbindung mit den sonstigen Instituten der Armen- und Krankenpflege unter dem gemeinsamen Namen Xenodochia publica; ebenso Wagnitz (1791), und Howard berichtet (1780), „daß in besonderen Räumen der meisten Zuchthäuser Hollands und Deutschlands ungeratene Personen auf Antrag der Angehörigen und gegen Zahlung des Kostgeldes untergebracht seien"; so waren im Zucht- und Arbeitshause zu Bayreuth (1750) „außer Wahnwitzigen und melancholischen Personen einige von honetten Eltern zur „Korrektion und Zucht" untergebracht."

Die Bettler und Müßiggänger bildeten außer den Prostituierten und Potatoren den Hauptbestandteil der Zuchthausinsassen: man wird demnach gut tun, die früheren Hausgenossen unserer Kranken, entsprechend den Insassen unserer Arbeitshäuser, fortan nicht mehr mit dem Namen Züchtlinge zu bezeichnen, sondern sie besser „Häuslinge" nennen.

Ist das aber der Fall, dann dürfen wir weiter unsern Voreltern keine Vorwürfe machen, im Hinblick auf den Inhalt unserer Arbeits- und Fürsorgeerziehungsanstalten.

Ähnliche Empfindungen hat man, wenn man in einer kleinen Flugschrift vom Jahre 1617 „Miracula San Raspini redivivi, d. i. Historische Beschreibung der wunderlichen Mürakel oder Wunderwerk, so in dem Zuchthause zu Amsterdam an vielen fürgangen und noch täglich fürgehn", Schilderungen findet von angeblichen Simulanten, die als Krüppel bettelnd durch die Lande zogen und im Zuchthaus durch Behandlung mit „Tagöl", mit dem sie „täglich" „wohlfett" „rechtschaffen fett" „über den Rücken geschmiert bis es hilft" geheilt und erwerbsfähig entlassen wurden, die sich aber bei medizinischer Beleuchtung zum Teil als Hysteriker, Epileptiker, Potatoren und Dégénérés herausstellen. Es ist daher nicht zutreffend, wenn Hippel behauptet: es seien unter den in der Literatur des 17. Jahrhunderts oft vorkommenden „malesani" nicht Geisteskranke, sondern die in den Miracula geschilderten Simulanten zu verstehen; malesanus heißt: nicht recht gescheit, der Überlegung beraubt.

Den gleichen Heilungserfolg jener angeblichen Simulanten würden wir mit Irrenanstaltsbehandlung auch gehabt haben, und ebenso sind uns Psychiatern jene Grenzfälle leider nicht unbekannt, die es oft nur dem Zufall zu verdanken haben, daß sie gerade in unsere Behandlung kommen, deren Korrektur aber auch anderswo und anderswie hätte erreicht werden können.

Eine ganze Reihe der Zuchthäuser beherbergte außer den Häuslingen und Irren auch noch andere Pflegebedürftige: im Zucht-, Armen- und Werkhause zu Waldheim befanden sich 1724: „95 Epileptici, Melancholici und Furiosi", 105 Waisenkinder und nur 105 Häuslinge. 1773: „338 wirklich Melancholische, die per intervalla unaufhörlich raseten, 9 Epileptische, so meist einen Grad von Melancholie an sich haben, 10 Blinde, 21 ganz gebrechliche und nur 29 Personen, die zu einiger Hausarbeit zu gebrauchen waren", unter denen man wohl Häuslinge wird verstehen dürfen. Das Zucht- und Waisenhaus zu Gotha war zugleich Witwen-, Waisen-, Irren- und Leihhaus und für das Zucht-Toll- und Krankenhaus zu Pforzheim wurde 1759 angeordnet, „es seien einzubringen alle, welche mit melancholischen Zuständen, mit Wahnwitz, Raserei, epileptisch oder welche gefährliche, ansteckende und sehr ekelhafte Gebrechen haben, besonders wenn wegen deren Genesung wenige oder gar keine Hoffnung vorhanden sei." Derartige Kombinationen gab es bekanntlich noch vor einigen

Jahren in mehreren Irrenanstalten, zum Teil bestehen sie ja auch noch.

Es erweckt zunächst Gruseln, wenn man liest, daß in dem Zuchthause zu Waldheim 1719: „zur Erhaltung der Ordnung und Sicherheit eine Halbinvaliden-Kompagnie, 171 Mann stark, eingestellt war, von welchen täglich etliche 30 Mann unterm Gewehr auf der Wache waren"; doch wird es so schlimm nicht gewesen sein, da man gleichzeitig liest, daß von der Gesamtbelegschaft ein Drittel Waisenkinder und ein Drittel Personen waren, die „sonderliche Wartung, beschwerliche Mühe und Unkosten erforderten"; nur ein Drittel waren Häuslinge. Die Zuchthaus-Verwaltung war übrigens von dieser Beigabe nicht sonderlich entzückt; so schrieb man 1750 vom Zucht- und Arbeitshaus St. Georgen zu Bayreuth: „Da dieses Zuchthaus nicht nur zur Sicherheit des ganzen Landes, sondern auch einzelner Personen ist errichtet worden, so hat man sich nicht entbrechen können, auch Melancholicos und Wahnwitzige, die in der Freiheit sich und andern zum Schaden sind, in die Verwahrung zu nehmen, obwohl nicht zu leugnen ist, daß dergleichen Leute in einem ohnehin so vollen Nest der Bösen große Überlast verursachen." Ebenso vom Zucht-, Waisen- und Armenhause zu Waldheim 1724: „Obwohl bei Errichtung des Armenhauses weder das Ansuchen gewesen, noch dessen eigentlicher Fundation gemäß, darinnen Melancholicos aufzunehmen, auch von rechtswegen die gute Verwahrung und Pflege dergleichen Art Leute ihren Anverwandten oder der ordentlichen Obrigkeit obliegt, so hat man doch zeithero öfters auf viele inständige Bitten und klägliches Vorstellen diese Last übernommen, und sind gegenwärtig weit über 100 Personen vorhanden, die mehr nun selbige die allergenaueste Absicht, eine sonderliche Wartung und beschwerliche Mühe und Unkosten erfordern, und noch dazu die andern gesunden Menschen merklich in ihrer Arbeit hindern, folglich also großen Schaden und Ungelegenheiten causiren, je sehnlicher geht unser Verlangen dahin, daß wir hinfüro damit gänzlich verschont bleiben und bei nächster Landesversamlung erfahren, daß nötige Änderung getroffen werden möge."

Auch das ist von Interesse, daß z. B. in Waldheim die Häuslinge in den Stuben und Behältnissen der Unglücklichen die Krankenwärter zu vertreten hatten, und daß in Celle, wo sich noch 1791 Häuslinge und Verrückte untereinander aufhielten, man dies gerade für notwendig erachtete, „damit keiner von den Unglücklichen im Paroxysmus sich oder einem anderen schade."

An anderen Stellen war dagegen eine scharfe Trennung durchgeführt: In Celle war das Toll- und Irrenhaus hinter dem Hauptgebäude des Zuchthauses erbaut; in Pforzheim enthielt das Hauptgebäude das Waisen-, Toll- und Krankenhaus; in Ludwigsburg wurde 1788 ein Neubau als Pensions- und Tollhaus errichtet. 1751 und 52 wurden in Brieg und Pforzheim im Arbeits- und Zuchthause besondere Gebäude für die Irren hergestellt. Im Zucht- und Arbeitshause zu Bayreuth war „das dritte Geschoß vor diejenigen Personen, so wahnwitzig und melancholisch sind und dahero von den andern abgesondert müssen gehalten werden."

Was endlich die Behandlung selbst angeht, so war auch diese nicht schlecht.

Von Celle wird ausdrücklich mitgeteilt, daß dem Mutwillen der Häuslinge durch gute Disziplin Schranken gesetzt würden.

Im Zuchthause zu Halle führte man die Wahn- und Blödsinnigen täglich auf den geräumigen Hof, verbannte den Tollriemen und die Ketten und verfertigte dafür den Zwangsstuhl.

In Waldheim hatte 1732 eine Arme eine Melancholische mit Seifenwasser begossen und so „getauft". „Die am meisten gravierten Weibspersonen wurden mit Ruten, Karbatschen usw. dafür bestraft." In Waldheim „war ein eigener Medikus und Chirurgus bestellt, indem die starke Klasse dortiger Armen, die größtenteils in Elenden, Epileptischen, Blödsinnigen und Furiosis bestanden, mithin täglich medizinische Aufsicht und Vorsorge erforderte, es nicht gestattete, daß man sich dazu — wie in Torgau — eines Medizi und Chirurgi aus der Stadt bedienen könne."

Auch in Leipzig wurden die Wahnsinnigen mit Arzneimitteln und anderen zu ihrer Wiederherstellung nötigen Anstalten verpflegt (1784).

Am Zucht-, Toll- und Krankenhause zu Pforzheim war 1759 bestimmt, „daß bei allen, besonders aber bei den einkommenden Tollen alles mögliche zu versuchen sei, daß sie zu einem ordentlichen Betragen gebracht würden"; und dem Arzt am Zucht- und Waisenhause zu Gotha wurde 1785 ausdrücklich zur Pflicht gemacht, die Irren ärztlich zu behandeln und besonders auf ihre Wiederherstellung hinzuwirken.

Die Unterbringung der Irren in den Zuchthäusern war also tatsächlich besser als ihr Ruf: sie entsprach völlig den wirtschaftlichen Zeitverhältnissen und allgemeinen Anschauungen. Zweck der Internierung war lediglich der Schutz der Öffentlichkeit.

Die nichtirren Insassen der Zuchthäuser waren nicht Züchtlinge, sondern Häuslinge, außerdem Arme, Sieche, Potatoren, Epileptiker, Dégenérés, kurz Grenzfälle aller Art.

Die übrigen Insassen waren von den Häuslingen meist auch räumlich getrennt, sie wurden ärztlich behandelt und waren vor Mißhandlungen und Hänseleien geschützt.

Auch nach der Trennung von den Häuslingen war die Unterbringung und ärztliche Behandlung in reinen Irrenanstalten und Irrenabteilungen der Hospitäler noch lange Zeit nicht besser.

Aufnahme und Entlassung.

Von Regierungsrat Dr. *Josef Schweighofer*, Salzburg.

(Schluß.)

Ebenso wie bei der Aufnahme sind auch bei der Entlassung der Kranken in den letzten Dezennien die Verhältnisse vollständig andere geworden.

Ist der Kranke geheilt, so ist er zu entlassen. Das ist mitunter leicht, mitunter aber auch sehr schwer, besonders wenn die Verpflegsdauer schon eine längere war und die Beziehungen des Kranken zu seiner Umgebung mittlerweile erkaltet sind. Sehr schwer kann es werden, wenn die Familie noch verrückter ist, als der Kranke es war, und Herzlosigkeiten und Reibungen unvermeidlich sind. Die ganze Pflege war oft nicht so schwer als die Vorbereitung der Entlassung, und die Schwierigkeiten, die sich unseren Absichten entgegenstellen, liegen gar nicht so sehr auf medizinischem Gebiete als auf dem wirtschaftlichen. Der Kranke muß leben können, muß Arbeit bekommen, soll in der ersten Zeit des Überganges geschützt werden und die heute manchen Ortes eingerichteten Fürsorgestellen, zum Beispiel Berlin, Düsseldorf, Frankfurt a. M. berichten darüber sehr anschaulich.

Sehr schwierig wird es naturgemäß auch in jenen Fällen, in denen der Kranke nicht völlig geheilt ist, aber doch fähig wäre, in geschützten Verhältnissen außerhalb der Anstalt sich noch weiter zu bessern.

Auch die beste Anstalt kann nicht jedem Kranken alle jene Korrekturen bieten, die ihm die gesunde Umgebung bringt.

Die Vorbereitung des Austrittes muß dann allerdings um so sorgfältiger geschehen.

Mit dem Wegfalle der Aufnahmeursache wird auch bei ungeheilten Kranken die Entlassung verlangt.

In anderen Fällen ist Unzufriedenheit mit der Behandlung die Ursache des Entlassungsverlangens. Es ist in solchen Fällen sehr schwer, die oft recht einsichtslosen Angehörigen zu überzeugen, daß sie durch ihr Verlangen den Kranken gefährden. Man wird aber immer gut tun, ihren Wünschen Rechnung zu tragen, weil sie in der Regel bald bekehrt werden, wenn sie sehen, daß die häusliche Pflege nicht möglich ist. Es gibt aber immer Fälle, welche in der Anstalt anhaltend sehr unruhig sind und welchen man bei der Entlassung die denkbar schlechteste Prognose stellt, die sich aber ganz überraschend nicht nur in der Freiheit halten, sondern sogar eine Zeitlang beruhigen.

Wir müssen offen gestehen, daß wir uns da nur zu leicht irren können und nicht gut tun, allzu strikte auf den theoretischen Erwägungen unserer Diagnostik und Prognostik zu bestehen.

Ich kann nicht umhin, einen Teil der Schuld auf unsere oft mangelhaften Kenntnisse über die soziale Anamnese des Kranken und über seine wirtschaftlichen und Familienverhältnisse zu schieben, denn genau das Umgekehrte kommt oft genug vor, nämlich, daß Kranke sich gegen unser Erwarten in ihrer Familie nicht pflegen lassen, weil wir offenbar zu wenig über alle die Reizmomente unterrichtet sind, welche ihnen dort den Aufenthalt erschweren.

Diesem Umstande könnte wieder am wirksamsten durch die Vertrauensmännerorganisation des Hilfsvereins vorgebeugt werden.

Dieselbe würde uns auch über das Schicksal solcher Kranken beruhigen, bei denen wir wie oben erwähnt oft die schwersten Bedenken gegen ihre Entlassung haben müssen.

Ich kann aber auch nicht umhin, auf einen Mangel hinzuweisen, der heute noch in unseren Anstalten besteht, das ist die Massenverpflegung. Solche Fälle, wie die oben erwähnten, zeigen mit Sicherheit, daß wir mit unserer Anstaltspflege noch immer nicht allen Anforderungen so gerecht werden, wie wir es möchten, und daß insbesonders überfüllte Anstalten und überfüllte Abteilungen oder auch nur einzelne unruhige Kranke für andere von solchem Nachteile sind, daß diese in der Anstaltspflege schlechter gedeihen als außerhalb derselben. Da materielle

Momente die Ursache dieses Übelstandes sind, ist es nicht in unserer Hand, dies so zu ändern, wie wir wohl möchten. Wir werden aber gut tun, uns dies bei dem Entlassungsverlangen immer wieder gegenwärtig zu halten.

Wenn wir bei Entlassung ungeheilter, gebesserter oder auch geheilter Kranker von dieser Erwägung ausgehen und uns mit der Unzulänglichkeit unseres Könnens bescheiden, so haben wir heute wohl in keinem Falle eine Möglichkeit, gegen die drückende Sorge uns zu beruhigen, daß dem Kranken ein Schaden zugefügt werde.

Sollen wir deshalb die Entlassung verweigern? Das können wir nicht mit gutem Gewissen tun!

Hilft uns der heutige Revers dagegen? Meiner Ansicht nach nicht im mindesten. Er steht auf dem Papier und wird immer eine bureaukratische Maßregel bleiben ohne praktische Bedeutung. Es ist meiner Ansicht nach ganz unmöglich, den Zustand des Kranken so zu schildern, daß einsichtslose Verwandte es verstehen. Ich verweise nur auf die gefürchteten Mütter psychopathischer Veranlagung.

Es ist aber auch unmöglich, alle jene Umstände anzugeben, durch welche ein Kranker sich oder anderen gefährlich werden kann. Ganz abgesehen davon, daß man es uns niemals glauben wird, noch weniger sind wir imstande, die Pflegebehelfe anzugeben, die zur Pflege notwendig sind. Ich bin nicht der Ansicht, daß wir unserem Gewissen Genüge leisten, wenn wir einen auf Armenkosten verpflegten Hilfsarbeiter oder Bauern entlassen gegen die Reversverpflichtung einer fachärztlichen Behandlung und eines geschulten Wärters; mit derartigen Dingen machen wir uns nur lächerlich und der Revers wird doch bestätigt, wenn die Familie nur die nötige Ekligkeit besitzt, um den Beamten überdrüssig zu machen.

Nichts ist so willkürlich und unberechenbar, als die Entscheidung über die Bestätigung oder Nichtbestätigung des Reverses. Ich mußte Kranke entlassen, die in schwerster Manie sich ständig entkleideten, schrien und tobten und kurz nachher wieder zur Aufnahme kamen. Ich mußte kriminelle Kranke entlassen, die über Weisung der Behörden trotz langem Zögern von unserer Seite zur Aufnahme gekommen waren. Ich mußte eine Querulantin entlassen, weil ein Richter zur Untersuchung ihres Zustandes delegiert sich gegen meine Warnung dahin entschieden hat, daß keine Anstaltsbedürftigkeit mehr vorlag. In einem Falle entschied eine Behörde, daß störende Handlungen nicht Gemeingefährlichkeit bedingen; in anderen Fällen verlangten andere Behörden die Aufnahme, weil die Kranken störend und infolgedessen gefährlich seien.

In allen Fällen aber, in welchen der Revers von der Behörde nicht bestätigt wurde, fiel das ganze Odium auf die Anstalt. Ich glaube nicht, daß es in unserer ganzen psychiatrischen Tätigkeit etwas Mühevolleres, Undankbareres und Verdrußreicheres gibt als die Reversbestimmungen.

Aber nicht nur für uns, wir müssen gerecht sein, auch für die Behörden sind sie undankbar und widersinnig, denn was sollte die politische Behörde machen, damit der Revers eingehalten wird. Wo nichts da ist, kann man auch nichts verlangen, und soll man deswegen dem Unbemittelten die Möglichkeit nehmen, ein krankes Familienglied in Pflege zu übernehmen, weil er eben keinen geschulten Wärter beistellen kann.

Das wäre ja ein Klassengesetz.

Und der Bemittelte, in guten sozialen Verhältnissen Stehende muß ebenso den Revers der Polizei vorlegen und bestätigen lassen, wie der andere. Wenn der Kranke dann gesund wird und vielleicht selbst wieder im Amte tätig ist und hinterher seinen Pflegerevers zu Gesicht bekommt, mit allen Schilderungen seiner krankhaften Handlungsweise, und nicht nur er, sondern sein Unterbeamter und sein Amtsdiener haben ihn auch gelesen!

Diskretion ist das erste, was man vom Arzte verlangt, und gerade wir Psychiater sollen uns der möglichsten Diskretion befleißigen.

Ist der ganze Revers, die angebliche Deckung, die wir durch ihn für uns erlangen, die vermeintliche Sicherheit für die Einhaltung der Pflegebedingungen soviel wert, daß wir gegen dieses erste Gebot verstoßen sollen? In kleinen Verhältnissen, wo der Tratsch blüht, lernt man erst ermessen, wie wir uns durch die Reverse schaden und durch unser pflichtgemäßes Beharren auf den uns auferlegten Satzungsbestimmungen über die Reversentlassung nicht nur uns, sondern auch der ganzen Stellung der Anstalt zum Publikum schaden. Und ist der Revers wirklich für uns eine Deckung? Abgesehen von den unvermeidbaren Lücken unserer Zustandschilderung, von den unvermeidbaren Unterlassungen in der Aufzählung der Vorsichtsmaßregeln und Pflegeerfordernisse, die einem Bureaukraten oder einem auf die Haftpflicht erpichten Rechtsvertreter in jedem Revers eine Handhabe finden lassen, um uns die Schuld für die gefährlichen Handlungen des Kranken aufzubürden, bietet auch nicht einmal der vom Irreninspektor bestätigte Revers des neuen Entwurfes eine moralische Deckung. Ist das Unglück geschehen, so wird es

uns in die Schuhe geschoben. So urteilt die Welt, so schreiben die Zeitungen, und es wird sich kaum jemand unter uns finden, der Optimist genug ist, eine öffentliche Rechtfertigung und Erwiderung solcher Zeitungsnotizen zu versuchen. Und doch hängt der Ruf der Anstalt vielfach davon ab. Ganz abgesehen davon, daß uns die gesetzliche, jedenfalls aber die moralische Berechtigung zum Bruche des ärztlichen Schweigens auch solchen Angriffen gegenüber fehlt.

Wir haben in dem ganzen Reversverfahren, wie es heute existiert und im neuen Irrenfürsorgegesetz geplant ist, nur die Aufgabe, jenen Teilen unseres Staatskörpers die Kastanien aus dem Feuer zu holen und uns die Finger zu verbrennen, welche immer gerne sich in die Brust werfen und bureaukratische Maßregeln als soziale Fürsorge in die Welt gehen lassen.

So weit pro domo; ich hielt mich dazu verpflichtet, auch ein wenig über unsere Deckung zu sprechen, obwohl ich, aufrichtig gesagt, von der Deckung nichts halte.

Wie soll aber dem abgeholfen werden? Für unsere Deckung genügt ein interner Revers, der diskret behandelt wird, ebenso wie in den anderen Spitälern.

Für die Pflege des Kranken außerhalb der Anstalt ist mehr notwendig als Papier. Soweit ich heute sehen kann, ist da jeder andere Weg ungangbar, der nicht mit einer Hilfsvereinsfürsorge rechnet. Er entspricht dem Zug der Zeit. Auf diesem Wege würde sich das sogenannte öffentliche Gewissen über die Irrenanstalten, um beim Kapitel der Deckung zu bleiben, auch am ehesten beruhigen und wir würden mit der Zeit im Hilfsverein die gewünschte Deckung finden. Freilich ginge es nicht ohne einige Purzelbäume des öffentlichen Gewissens ab. Bis die richtigen Vertrauensmänner gefunden sind, bis sie zwischen berechtigten und unberechtigten Klagen über die Anstalten und deren Pflege unterscheiden gelernt haben, bis sie Ausnutzung und wirkliche Bedürftigkeit ihrer Schutzbefohlenen auseinanderzuhalten imstande sind (soweit dies überhaupt ein Mensch kann), werden wir manchen Verdruß schlucken und mancher Mühe der Aufklärung uns unterziehen müssen.

Während aber beim Reversverfahren dieser Unlustzustand für uns stabilisiert bleibt, ist dem erwähnten Verdruß beim Bestehen eines Hilfsvereins wenigstens ein Ende abzusehen. Aber auch wenn dies nicht der Fall wäre, wir sind an Dankbarkeit in unserem Berufe nicht gewöhnt und werden daher auch das noch auf uns nehmen können, wenn wir wissen, daß unseren Kranken geholfen wird, und das hängt nicht mehr ganz von äußeren Einflüssen ab, sondern wesentlich davon, welchen Einfluß wir auf den Hilfsverein gewinnen und wie wir uns seiner als Mittel zum gemeinsamen Zweck und als Genossen unserer Arbeit bedienen.

Der Hilfsverein sollte also so eingerichtet sein, daß er durch Vertrauensmänner sowohl mit uns als mit den Rechtsschutzbehörden und vielleicht auch mit den politischen und Sanitätsbehörden in dauernder Fühlung bleibt. Er sollte möglichst in Fühlung stehen mit den praktischen Ärzten, und wir in den Anstalten sollen uns immer bemühen, im Einvernehmen mit den behandelnden Ärzten vorzugehen, sie über den Zustand im laufenden zu erhalten und auch bei der Entlassung gegen Revers auf ihre Mitarbeit Gewicht zu legen, mehr als dies heute geschieht.

Die Zusammensetzung des Hilfsvereins und der Ausbau desselben wird nach den örtlichen Verhältnissen ganz verschieden sein müssen. Es kann fraglich sein, ob in der Hilfsorganisation mehr der Verein oder der Bureaukrat die Initiative haben soll. Es ist aber daher unmöglich, allgemein gültige Normen aufzustellen. Aufgabe des Hilfsvereins wird es sein, bei der Aufnahme und bei der Entlassung mitzuwirken und die Pflege der entlassenen Kranken zu betreuen. Wenn wir einen Hilfsverein besitzen, dessen Organisation bis über das ganze Aufnahmegebiet sich erstreckt, der auch in den kleinen Orten Vertrauensmänner hat, wenn dieser Hilfsverein sich erst einmal in seine Aufgabe eingearbeitet hat und die ersten Reibungen und Mißverständnisse überstanden sind, wenn die Anstalt ihn zu benutzen gelernt hat und verstanden hat, sein Vertrauen zu gewinnen, und wenn vor allem Anstalt und Hilfsverein nicht nur mit den Rechtsschutzbehörden, sondern besonders mit den praktischen Ärzten im Einverständnisse zu arbeiten sich bemühen, dann wird man die Kranken viel leichter entlassen können, und wird das durchführbar sein, was mir wenigstens als Ideal der Irrenfürsorge vorschwebt und als Schlußstein der heutigen Entwicklung des Irrenwesens, nämlich die organisierte Pflege in der eigenen Familie.

Es ist wohl heute keine Ketzerei mehr, sich zu den Anhängern jener Richtung zu bekennen, welche annehmen, daß die organisierte Pflege in der fremden Familie zwar in manchen Verhältnissen sehr Gutes leisten kann, für andere aber nicht geeignet ist. Zu diesen zählt ein großer Teil der Alpenländer. Wir werden gut tun, uns nicht allzu einseitig auf die Pflege in der fremden Familie festzulegen.

Die Pflege in der eigenen Familie setzt allerdings

voraus, daß es der Anstalt möglich ist, mit der Bevölkerung ihres Aufnahmebezirkes in Beziehung zu bleiben, was durch eine entsprechende Einteilung der Aufnahmebezirke in der Regel zu erreichen ist. Andererseits muß die Anstalt Einrichtungen schaffen, durch welche sie der Bevölkerung ermöglicht, den Rat der Anstaltsärzte einzuholen, z. B. Sprechstunden für Kranke und Angehörige.

Man kann gewiß darüber verschiedener Meinung sein, ob Ambulatorien im Sinne der klinischen Ambulatorien an den Anstalten durchführbar sind, ich glaube nicht, daß sie von großem Erfolg sein werden. Hingegen beweist uns das Beispiel von Valduna, daß es sehr wohl angeht, mit den entlassenen Kranken in Beziehung zu bleiben und geradezu ein ideales Verhältnis zu schaffen, wie es meines Wissens nirgends mehr ähnlich existiert. Die entlassenen Kranken besuchen die Anstalt und die Ärzte, bleiben in der Anstalt zu Gaste, machen mit den Kranken Ausflüge, speisen und schlafen unter ihnen und sprechen ihnen Trost zu und nehmen ihnen jenes Vorurteil des Zurückgehaltenwerdens, das uns das Arbeiten so sehr erschwert.

Wenn der Kranke in uns diejenigen kennen lernt, die sich bemühen, ihm auch nach seiner Entlassung zu helfen, gesundheitlich oder durch Arbeitsvermittlung, wenn er sieht, wie wir dies an anderen getan haben, die gerade so kleinmütig über ihr Eingesperrtsein in der Anstalt gedacht haben, so ist dies für die Befestigung des Vertrauens zur Anstalt in der Bevölkerung viel wirksamer, als alle populären Vorträge und Zeitungsnotizen über schöne Einrichtung, Festlichkeiten etc., denn dabei denkt jeder unwillkürlich: das mag recht schön sein, aber wer einmal in der Anstalt ist, ist doch begraben.

Ich möchte daher meine Bitte dahin gehen lassen, neben der Hilfsorganisation auch eine Beratung der Familien der Kranken und der entlassenen Kranken einzurichten.

Ein Teil derselben wird auch die Trinkerfürsorge sein müssen. Jeder von uns weiß, wie trostlos wir heute mit allen unseren Bemühungen dem Rückfälligwerden der Trinker gegenüberstehen. Allerdings haben der größte Teil der Anstalten die Abstinenz unter ihre Pflegebehelfe aufgenommen.

Wenn der Kranke aber nicht mehr in der Anstalt ist, so ist es auch aus mit der Abstinenz, denn die Aufgaben einer Trinkerfürsorge weiß nur der in ihren inneren Schwierigkeiten und in ihren Erfolgen zu ermessen, der in ihr gearbeitet hat. Ein solcher wird allerdings kein Wort mehr darüber verlieren, daß die heutigen Verhältnisse in den Anstalten ohne Fürsorge absolut unzulänglich sind. Wenn wir über diese Einrichtungen verfügen, dann zweifle ich nicht, daß eine Zeit kommen wird, wo man über die heutigen Reverse nur mehr ein mitleidiges Lächeln übrig haben wird und wo man der Irrenanstalt auch den letzten Schritt zum Krankenhaus zugestehen wird, nämlich, daß sie jeden Kranken aufnehmen darf, der entweder selbst Hilfe verlangt oder der nach dem pflichtgemäßen Erkennen des Anstaltsarztes der Hilfe bedarf, und daß sie jeden Kranken entlassen muß, dessen Austritt von den hierzu Berechtigten verlangt wird.

Heute allerdings spukt vielmehr der Gefährlichkeitsbegriff in den Köpfen.

Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, nach gefährlichen Handlungen entlassener Geisteskranker in unserem Aufnahmegebiet zu suchen, und bin nicht imstande gewesen, außer bei Kriminellen solche zu finden, trotzdem wir die unglaublichsten Reversentlassungen hatten. Ich bin daher der Ansicht geworden, daß wir nicht recht tun, immer wieder auf die Gefährlichkeit der Kranken hinzuweisen, und daß wir dies heute nach Art einer unbewußten Schlußforderung hauptsächlich deswegen tun, weil wir gewohnt sind, bei der Entlassung nicht auf die Pflege, die Fürsorge, die Arbeitsvermittlung so sehr zu sehen, als hauptsächlich darauf, daß uns aus der Entlassung niemand einen Vorwurf machen kann.

Bei der Aufnahme muß der Kranke gefährlich sein, damit er aufgenommen werden darf, bei der Entlassung muß jede gefährliche Neigung herausgesucht werden, damit wir gedeckt sind. Das ist nicht die richtige Stellung zum Kranken und hat notwendig zur Folge, daß auch wir ihn immer für gefährlicher halten, als er ist, und obwohl wir durch unsere freie Pflegeform uns selbst widerlegen. Das hat aber auch zur Folge, daß man in den Irrenanstalten viel zu sehr das Detentionsmoment erkennt und bei den Angehörigen Anstoß erregt, wenn man so vorwiegend die gefährlichen Neigungen ihrer Familienglieder betont.

Der Austritt der Kranken aus der Anstalt soll also möglichst ohne Erschwerung geschehen können. Hat der Anstaltsarzt Bedenken, so ist er verpflichtet, diese Bedenken der Familie mitzuteilen, und man wird gut tun, diese Mitteilungen in Form eines internen Protokolls abzufassen. Hingegen soll in jedem Falle der Austritt des Kranken seitens der Anstalt vorbereitet werden, und zwar nicht nur dadurch, daß man gesundheitliche Maßnahmen der Familie vorschlägt und ihr auch nach dem Austritte beratend zur Seite steht, sondern auch dadurch, daß man eine

materielle Fürsorge durch eine entsprechende Organisation in die Wege leitet, mit dieser Organisation in Beziehung bleibt. Es muß daher unsere erste Forderung sein, daß diese Organisation in jedem Aufnahmebezirke jeder Anstalt geschaffen werde.

Ich halte es für verfrüht, heute schon zu sagen, wie sich das im Entlassungsverfahren einmal gestalten wird, wenn diese Organisation und die erwähnte Fürsorge für die Pflege in der eigenen Familie sich eingelebt haben werden. Ich halte es daher auch für verfrüht, heute gesetzliche Maßnahmen über die Entlassung vorzuschlagen, bevor dieser Ausbau unserer heutigen Irrenfürsorge vollendet ist.

Ich möchte davor auch eindringlich warnen, zu früh gesetzliche Maßnahmen zu treffen, welche diesem Ausbau in irgendeiner Form vorgreifen, weil sie nur das verhindern oder zum mindesten sehr erschweren, was die naturgemäße Vollendung unserer jahrzehntelangen Bemühungen für die Humanisierung der Irrenpflege darstellt.

Leitsätze:

Die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen für die öffentlichen Anstalten sollen den Verhältnissen ihrer Aufnahmebezirke bezw. Länder angepaßt sein, und es soll daher ihre Festsetzung auch den autonomen Landesbehörden überlassen bleiben.

Die Entfernung der kriminellen Kranken und der nur aus Sicherheitsgründen in den Anstalten untergebrachten Abnormen aus den öffentlichen Anstalten ist die Voraussetzung jeder Regelung dieser Fragen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß jede Erschwerung der Aufnahme in die öffentlichen Anstalten Mißstände in der Irrenfürsorge und gesundheitliche und rechtliche Schädigungen der Kranken bewirkt.

Es ist zu unterscheiden zwischen Aufnahmebedingung und Behelf.

Das ärztliche Zeugnis kann nicht als Aufnahmebedingung, sondern nur als Behelf für die Untersuchung in der Anstalt betrachtet werden. Die Bezeichnung des ärztlichen Zeugnisses als Aufnahmebedingung ist ein Anachronismus aus der Zeit der Bewahranstalten.

Bedingung zur Aufnahme und zur weiteren Pflege kann nur sein, daß die psychische Erkrankung in der Anstalt nachgewiesen wird.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es nicht möglich ist, die Aufnahme Nicht-Geisteskranker in öffentliche Irrenanstalten durch das Verlangen nach amtsärztlichen Zeugnissen und anderen Aufnahmeerschwerungen verhindern zu wollen. Es kann sich nur darum handeln, die Zurückhaltung Nicht-Geisteskranker oder nicht der Anstaltspflege Bedürftiger zu vermeiden. Das kann nur geschehen durch gewissenhafte und eingehende Untersuchung des Zustandes in der Anstalt selbst, innerhalb einer bestimmten Frist unter der persönlichen Verantwortung des Direktors.

Zur Beurteilung des Zustandes und der Pflegebedürftigkeit sollen der Anstalt genaue Anamnesen ermöglicht werden und alle jene Behelfe zur Verfügung stehen, deren sie bedarf, um den Zustand und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Kranken erheben zu können eventuell auch unter Mitwirkung der Behörden und Organisationen.

In zweifelhaften Fällen muß ihnen auch eine Beobachtungsfrist eingeräumt werden.

Die Irrenanstalten sind dann am besten in der Lage, nicht nur die Krankheitsäußerungen, sondern auch die wirtschaftlichen Verhältnisse der Aufzunehmenden zu erfahren, wenn sie direkt aufnehmen, und nicht durch sogenannte Beobachtungsabteilungen.

Solche sind daher, sofern sie nicht dem klinischen Unterrichte und der Forschung dienen, nicht förderlich für die Aufgaben der Irrenanstalten. Bei Errichtung von Beobachtungsstationen ist es nicht zu vermeiden, daß diese zu Heilanstalten werden, jene zu Pflegeanstalten herabsinken, was schon längst als ungünstig erkannt ist.

Der Austritt der Kranken aus den Anstalten soll möglichst erleichtert werden und durch eine Hilfsorganisation vorbereitet werden können.

Die Erfahrung zeigt, daß der Polizeirevers meist wertlos ist, die Entlassung erschwert, die Stellung der Anstalt zum Kranken verschiebt und auch für die Pflege des Kranken außerhalb der Anstalt keine Hilfe ist.

Es empfiehlt sich, denselben durch einen internen Revers zu ersetzen, wie er in den Krankenhäusern üblich ist, aber der Anstalt die Möglichkeit zu geben und auch die Verpflichtung aufzuerlegen, jede Entlassung durch die Fürsorgeorganisation vorzubereiten.

Die Tätigkeit der Anstalten soll durch eine organisierte Fürsorge im Aufnahmebezirke ergänzt werden, deren Ziel sein soll, die familiäre Pflege des Kranken so einzurichten, daß Anstalt und Familienpflege sich ergänzen können.

Diese Fürsorgeorganisation hätte aus den Fürsorgevereinen, Fürsorgestätten der Armenverbände, den Rechtsschutzbehörden und deren Organen, den politischen Behörden und besonders den Sanitätsorganisationen und praktischen Ärzten des Aufnahmebezirkes zu bestehen, wobei die Anstalt die fachliche beratende Stelle wäre.

Dieser Fürsorgeorganisation müßte das Recht zukommen, für jeden in einer Anstalt befindlichen Kranken die Entlassung zu verlangen.

Für die Stellungnahme des deutschen Bundesamtes für das Heimatwesen zur Frage der Bewahrungspflicht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten

ist folgende Entscheidung von besonderer Wichtigkeit.

Im Namen des Deutschen Reichs.

In Sachen des Landarmenverbandes der Provinz Schlesien, Klägers und Berufungsklägers, wider den Ortsarmenverband Mückendorf, Beklagten und Berufungsbeklagten, hat das Bundesamt für das Heimatwesen in seiner letzten Sitzung vom 28. Okt. 1911 für Recht erkannt: Die Entscheidung des Bezirksausschusses zu Breslau vom 17. November 1910 wird dahin abgeändert, daß der Beklagte verurteilt wird, an den Kläger 10,60 M. „Zehn Mark 60 Pf.“ zu zahlen; die Kosten des Rechtsstreits werden dem Beklagten auferlegt.

Gründe:

Der in Mückendorf heimatberechtigte, geisteskranke Ziegeleiarbeiter M. entwich am 9. Juli 1909 aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt B. und wurde am 13. Juli 1909 wieder eingeliefert. Die Kosten des Rücktransports mit 10,60 M. verlangt der Kläger erstattet. Der erste Richter hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, daß dem Kläger ein schuldhaftes Verhalten bei der Entweichung des M. zur Last falle.

Mit der Berufung gegen dieses Urteil macht der Kläger geltend, daß M. so behandelt und untergebracht worden sei, wie es sein Geisteszustand erforderte.

Der Beklagte hat eine Erklärung nicht abgegeben.

Dem Rechtsmittel konnte der Erfolg nicht versagt werden. Der Landarmenverband, in dessen Anstalt ein Geisteskranker auf Grund des preußischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 aufgenommen ist, hat die infolge der Entweichung des Kranken aus der Anstalt entstehenden Kosten zu tragen, falls er nicht dartut, daß die Entweichung auf Umständen beruht, welche von ihm nicht zu vertreten sind (vergl. Entscheidung des Bundesamts, Bd. 43, S. 135). Diesen Nachweis hat der Kläger durch die auf seinen Antrag von dem Bundesamt erforderte Auskunft des Oberarztes Dr. D. vom 18. Juli 1911 erbracht. Danach ist M. am 22. April 1909 aus ärztlichen Gründen in eine vollständig offene Abteilung verlegt worden Diese Verlegung erschien zulässig, weil bei M. mit keinerlei Neigung zum Entweichen zu rechnen war. M. konnte daher auch in der von dem Knecht G. am 13. Juli 1909 geschilderten Art und Weise beschäftigt werden, ohne daß sein Entweichen zu befürchten gewesen wäre. Die Schuld daran, daß M. dennoch entwichen ist, kann hiernach nicht dem Kläger beigemessen werden. Daß Geisteskranke harmloser Art, bei denen mit der Gefahr des Entweichens nicht zu rechnen ist, in sogenannten offenen Abteilungen bei verminderter Aufsicht beschäftigt werden, kann aus ärztlichen Gründen im Interesse der Kranken durchaus geboten erscheinen. Wenn M. die erleichterte Gelegenheit zum Entweichen benutzt hat, so kann dem Kläger oder seinen Organen daraus nicht der Vorwurf eines Verschuldens gemacht werden. Daß M. an sich mit Recht für nicht fluchtverdächtig gehalten werden konnte, ergibt sich daraus, daß er vom 28. April bis zum 9. Juli 1909 in der offenen Abteilung gearbeitet hat, ohne von der erleichterten Möglichkeit, sich der Anstaltspflege zu entziehen, Gebrauch zu machen.

Daraus ergibt sich die Abänderung des ersten Urteils und die kostenpflichtige Verurteilung des Beklagten nach dem Klageantrag.

Vorstehendes Erkenntnis wird hierdurch zum öffentlichen Glauben ausgefertigt.

Berlin, den 9. November 1911.

Das Bundesamt für das Heimatwesen.
gez. Kelch.

Mitteilungen.

— In ihrem höchst interessanten Vortrag: **Beitrag zur Luesparalysefrage** —, den Stabsarzt Dr. E. Matauschek und Prof. Dr. Alexander Pilcz (beide in Wien) am 12. Januar 1912 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gehalten haben, teilten die Vortragenden mit, daß sie 4134 Offiziere, die in den Jahren 1880 bis 1900 wegen einer luetischen Affektion in den Heeresanstalten verpflegt worden waren, katamnestisch verfolgt haben unter Berücksichtigung der Rezidiven, Therapie usw.

In ihrer ersten Mitteilung befassen sich Vortragende nur mit den Verhältnissen bei der Paralyse und kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Mindestens 4,67% von Luetischen werden paralytisch.

2. Die überwiegende Mehrheit der Paralytiker betrifft Individuen, deren Lues a) ungemein leicht, d. h. ohne Rezidiven verläuft, und zwar dies trotz mangelhafter antiluetischer Therapie, b) nicht oder ungenügend behandelt wurde.

3. Wenngleich selbst gründliche Behandlung der Syphilis nicht vor Paralyse schützt, so scheint ein Vergleich einer Serie mangelhaft behandelter Luetiker und einer Serie von chronisch-intermittierend behandelten zu ergeben, daß der Prozentsatz der Paralytiker bei letzteren ein wesentlich geringerer ist. Keinesfalls ist ein vermeintliches Zurückdrängen der Rezidive durch eine energische Behandlung schädlich; es muß im Gegenteile also einer möglichst sorgfältigen chronisch-intermittierenden Therapie der Lues das Wort geredet werden.

4. Ein Einfluß der antiluetischen Therapie in bezug auf Länge des Intervalls zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse läßt sich nicht erkennen.

5. Eine fieberhafte Infektionskrankheit während der ersten Jahre nach dem Primäraffekte scheint bis zu einem gewissen Grade die Wahrscheinlichkeit einer späteren Erkrankung an Paralyse zu verringern.

Vortragende stellen eine weitere Mitteilung bezüglich der Tabes und Lues zerebrospinalis in Aussicht. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 3.

Anmerk. Obiges Prozentverhältnis dürfte einen Maximalwert darstellen, denn bei dem Gros der Luetiker fallen nicht so erhebliche akzessorische, den Ausbruch der Paralyse begünstigende Schädlichkeiten ins Gewicht, wie bei dem Beruf, dem das statistische Material von den Vortragenden entnommen ist.

Bresler.

Referate.

— Stranski-Wien, Privatdozent Dr. Erwin, Das manisch-depressive Irresein. Handbuch der Psychiatrie von Prof. Dr. G. Aschaffenburg. Spezieller Teil. Sechste Abteilung. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911, 272 S. 12 M.

Verf. gibt in seinem Werk, das einen Teil des demnächst vollständig erscheinenden großen Handbuches der Psychiatrie von Aschaffenburg bildet und auch als Einzelwerk käuflich ist, eine ausführliche Schilderung über den augenblicklichen Stand der Lehre von dem manisch-depressiven Irresein. Besonders interessieren die differential-diagnostischen Bemerkungen. Str. faßt in Übereinstimmung mit der allgemein herrschenden Anschauung das manisch-depressive Irresein als einen Ausdruck der Entartung auf und bespricht u. a. die differential-diagnostischen Gesichtspunkte, die dasselbe von verwandten, auf derselben Grundlage der Entartung erwachsenden Zuständen, ferner von der Paranoia, der Dementia praecox, der Amentia, der epileptischen Verstimmung und den Depressionszuständen des Rückbildungsalters unterscheiden, die er allerdings — ebenfalls dem Standpunkt der Mehrzahl der Autoren entsprechend — in das manisch-depressive Irresein einbezieht.

Einiges hätte m. E. gedrungener in der Darstellung sein können, ohne der Klarheit zu schaden, auch einige Fremdwörter, die namentlich dem Reichsdeutschen nicht ganz liegen, wären durch deutsche, gut eingebürgerte Bezeichnungen zu ersetzen gewesen. Im übrigen ist das Buch flüssig geschrieben und behandelt den heutigen Stand des Themas in maßvoller und erschöpfender Weise. Es sei hiermit angelegentlich empfohlen. Albrecht-Treptow.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma E. Merck, Darmstadt, betr. Magnesium-Perhydrol bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 46. 10. Februar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen? Von Dr. Werner Hartwich, Lengerich i. W. (S. 460.) — Reichsgerichtsentscheidung bezügl. Schadenersatzpflicht bei Unfall einer Geisteskranken. (S. 463.) — Mitteilungen (S. 464): Die Trennung der Neurologie von der Psychiatrie und die Schaffung eigner neurologischer Kliniken. Geh. Rat Cramer als Nachfolger Ziehens nach Berlin berufen. — Referate (S. 465). — Personalnachrichten (S. 465). — Therapeutisches (S. 465).

Aus der Provinzial-Heilanstalt Lengerich i. W.

Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen?

Von Dr. *Werner Hartwich*, Abteilungsarzt.

Beschäftigt man sich im Betrachten der Erfolge der Psychiatrie der jüngsten Zeit mit der Biochemie des Organismus und insbesondere des Zentralnervensystems, so findet man, daß der kranke Organismus in zahlreichen Fällen Substanzen, deren er zu seinem Aufbau und seiner Lebenserhaltung dringend bedarf, aus den gewöhnlichen Nahrungsmitteln oft nur in unzureichender Weise verwertet oder abbaut, oder daß ein Organismus bezw. seine Einzelteile Not leiden müssen, da neben dem Mangel an gewissen Aufbaustoffen ein krankhafter Zerfall und minimaler Ersatz des Verbrauchten stattfindet, so daß es hier kaum zu der für den normalen Ablauf notwendigen aktiven oder reaktiven Kraftentfaltung dieser Stoffe kommen kann, geschweige denn zu Regenerationsvorgängen. In solchem Zustand muß also ein Körper notwendigerweise beim Zehren seiner Depot- und vitalen Stoffe einer Verarmung entgegengehen, wie wir es nur zu oft sehen, und wir werden angesichts dieser Umstände um so intensiver die Frage empfinden, ob und wie weit denn heute schon die Möglichkeit gegeben ist, bei nicht ganz geklärter Ätiologie einen Organismus in seinen Krankheitserscheinungen, soweit sie zum Stoffwechsel in Beziehung stehen könnten, durch chemisch-therapeutische Beeinflussung zu bessern und zu regenerativen Vorgängen auch im Nervensystem anzuregen.

Mit Sicherheit kann uns, abgesehen von dem eventuellen günstigen Erfolge einer im geeigneten Zeitpunkt vorgenommenen Abtötung von Infektionserregern und den in solchen Fällen von selbst einsetzenden Regenerationen, in unserem Stadium der bisherigen Errungenschaften nur der Erfolg oder der Mißerfolg einer sogenannten Behandlungsart darüber Aufschluß geben, ob es überhaupt durch chemische Agentien bei derartigen Erkrankungen möglich ist, regenerative Vorgänge zu erzielen.

Lenken wir unseren Blick auf die Erfolge der Chemie des Zentralnervensystems, so sehen wir neuerdings im Vordergrunde des Interesses die Ergebnisse der Forschungen von Fränkel, Peritz, Tudichum und anderen stehen, die uns über diese Frage einigen Aufschluß gegeben haben und die auf die eminente Rolle hinwiesen, die neben den Proteinsubstanzen den Phosphatiden, den Lipoidstoffen und den in kolloider Form kreisenden Komplexen im Leben unseres Organismus zukommt. Fränkel ermittelte unter anderem in einer Arbeit, daß die Trockensubstanz der Hirnrinde nicht ganz zur Hälfte aus Lipoiden bestehe, und in seiner Tabelle der Extraktionsresultate für Menschenhirn gibt er über 31% als Rückstand an, d. h. als Proteinsubstanzen, die mit Azeton, Petroläther, Benzol, Alkohol und Äther nicht extrahierbar waren, während die extrahierten außer Cholesterin, das ja unter die Lipoidstoffe fällt, vorzugsweise durch Lipoide repräsentiert wurden. Indessen sind die Arbeiten über das Wesen der Lipoide, über die Lipoidosis und über die Kolloide, insbesondere über ihr Verhalten im lebenden Körper, stets im Fluß, und die Chemie hat diese Stoffe bis heute doch noch nicht derart klargelegt, daß man auf Grund dessen dem zweifellos sehr bedeutsamen Verhalten einer anderen Gruppe, nämlich dem der Nukleine, deren die Lipoide und ähnliche zu ihrer

Existenz im Körper unbedingt bedürfen, seine Aufmerksamkeit ohne weiteres entziehen könnte, wozu leider gewisse Neigung zu bestehen scheint. Ich erinnere bei dieser Gelegenheit in bezug auf die Lipoide an die Peritzschen Lezithintherapieversuche bei Lues-Paralyse und Tabes, an die gelungene Darstellung des Sahidins und die dadurch weiter ins Rollen kommende etwas erschütterte Rein-Lezithinfrage, ferner an die durch Stepp veröffentlichte Tatsache, daß Cholesterin und Lezithin allein keine lebenswichtigen Lipoide darzustellen scheinen, — lipoidfrei gefütterte Mäuse starben trotz Zusatz von Lezithin und Cholesterin zur Nahrung — und endlich an die durch Heubner der Naturforscherversammlung in Karlsruhe mitgeteilten Ergebnisse von Fütterungsversuchen, nach denen Lipoide und Phosphatide allein nicht imstande sind, die Organe des Körpers im generativen und regenerativen Gleichgewicht zu halten.

Ganz anders steht es unangefochten in bezug auf die Lebenswichtigkeit mit dem Vorhandensein, der Verfütterung und der Abbaunotwendigkeit der Eiweißkörper, insbesondere der Proteide im Organismus, wobei die zweifellos für den Energieumsatz nicht unwichtige Tatsache erwähnt sein möge, daß die Paranukleoalbumine neben dem Paranuklein Zucker abspalten, und daß das venöse Blut zuckerärmer als das arterielle ist. Zwar wird auch hier in den gegebenen Fällen in der Therapie aus der Eiweißverabreichung allein das Heil nicht erwachsen, sondern wir werden uns kombinierten Mitteln zuzuwenden haben und nach Sichtung des vorhandenen Arzneischatzes aus den gewonnenen Versuchsresultaten vielleicht ein neues therapeutisches Agens erzielen, wobei wir die chemische Eigenart der Eiweißkolloide, den Unterschied in der Stabilität von Eiweißionen und Eiweißneutralteilen gegenüber Alkalien, Säuren und Salzen, ihr Verhalten in bezug auf Hydratation und Dehydratation ebenso berücksichtigen müssen, wie etwa die Serumveränderung bei Temperaturunterschieden und die daraus folgende Änderung der Osmose. Meines Erachtens konnten Versuche in der Therapie gewisser Defektpsychosen z. B. mit Nukleinnatrium allein nur wenig günstige Resultate erzielen, wie auch die vorliegenden Tatsachen beweisen und wie es zum großen Teil von den Behandelnden schon beim Beginne der Versuche nicht erwartet wurde. Die Stoffwechselvorgänge und -abnormitäten spielen sich bei den Defektpsychosen wohl nicht ohne weiteres in erster Linie ab oder hätten etwa die psychische Erkrankung im Gefolge. Eines aber haben die Arbeiten über die Verwendung von isoliertem Nukleinnatrium allein hierbei doch klarstellen können, nämlich eine erzielte Veränderung des Blutbildes und die durch Fieberauftreten bedingte, als Körpereiweißveränderung aufzufassende Reaktion, d. h. in der Hauptsache eine gewisse Beeinflussung des Nukleinstoffwechsels im Blut.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit den Proteiden im Körper zu, so finden wir, daß die gewaltige Menge der ruhenden und kreisenden Zellen und ihrer Kerne in der Hauptsache aus Nukleoproteiden aufgebaut ist, und daß ihr Chromatin durch die nukleinsäurehaltige Substanz des Zellkerns dargestellt wird. Es bleibt die Frage zu erörtern, woraus diese Nukleoproteide bestehen. Sie setzen sich zusammen aus zwei Eiweißkomponenten, von denen die eine leicht, die andere schwer abspaltbar ist. Die eigentlichen Nukleine sind in Eiweiß und Nukleinsäure zerlegbar (ohne Rücksicht auf ihren Gehalt an S), und neben ihnen existieren, mit ihnen eng verbunden, die Paranukleine, die sich in Eiweiß und Phosphorsäure zerlegen. Führt man solche darstellbaren Nukleoproteide in den Körper ein, so werden sie durch die Magenverdauung in Eiweiß und Nuklein gespalten. Während ein Teil des Eiweißes seine Eigenschaft verändert, indem durch Dialyse Trennung der löslichen von den kolloiden Substanzen eintritt, wird das Nuklein durch Trypsin weiter in Tryptophan (Proteinochromogen) und Nukleinsäure zerlegt. Diese Nukleinsäure stellt eine organische Verbindung dar, welche aus Phosphorsäure, Purinbasen, zum Teil auch Pyrimidinen und einem Kohlenhydrat zusammengesetzt ist und die hinter den Darmepithelien durch ein stark aktives Ferment, die sogenannte Nuklease, weiter dem Körper für seinen Zellaufbau zugänglich gemacht wird.

Wie und wo sich das fernere Schicksal dieser neu entstandenen Nukleinstoffe im Organismus vollzieht, ist ebenso ungewiß, wie z. B. das Verhalten ihrer eventuellen Potentialdifferenz. Wir finden sie aber doch wieder in ihrem steten Vorkommen in den Zellen, in den Zellkernen, im kreisenden und entstehenden Blut und in seinen Suspensionsflüssigkeiten. Da es sich nun um Stoffwechselvorgänge handelt, so möchte man wohl annehmen, daß diese Stoffe ganz oder teilweise ergänzend an die Stelle anderer gleichartig gewesener Substanzen treten, die ihrerseits, da sie ihre Kraft verloren und umgewertet wurden, nun im Abbau in den Kreislauf zurückkehren und ausgeschieden werden müssen, oder daß die lebenden Zellen im Körper aus den neu kommenden Substanzen in irgendeiner Form ihren Energiebedarf zu decken vermögen. Für diese Annahme, die durch

die später zu erwähnende Hämoglobinregeneration einen Schein von Berechtigung erhält, fehlt uns aber bisher jeder feste Anhalt, jedoch beweisen die Untersuchungen der Körperausscheidungen wieder den Abbau der Nukleinstoffe im Organismus.

Diese ganze, durch eine Reihe von Arbeiten entstandene Auffassung über die Nukleinverwertung wurde schon 1906 von Kossel in den Berichten der deutschen chemischen Gesellschaft geäußert, der hervorhob, daß die Nukleinsäuren, weil sie stets zu findende Bestandteile des Zellkernes seien, in enger Beziehung zu den synthetischen Prozessen des Körpers ständen.

Es bleibt anzugeben, in welcher Art sich der Nukleinabbau im Körper vollzieht. Wieder ist es da die Nuklease, die zusammen mit der Purindesamidose und der Xantinoxydase die wiederkehrenden Nukleinstoffe nach der Harnstoffseite abbaut und zum geringen Teile auch als Harnsäure zur Ausscheidung bringt. Die Frage des Allantoins, wie sie Hirowka ermittelte, ist hierbei insoweit interessant, als festgestellt wurde, daß eine lange, starke, künstliche Nukleinüberschwemmung im Körper die Oxydation des Nukleins zu Allantoin zu hindern vermag (Versuch am jungen Hund). Inwieweit in dem Kreislauf dieser Substanzen die Leber und ihre Fermente eine Rolle spielt, ist durch die Versuche nicht ganz geklärt. Die Arbeiten von Schittenhelm und Schittenhelm und Frank haben uns in der Frage über Verfütterung von Nukleinsäure weiterhin klargelegt, daß das in den Körper durch den Verdauungstraktus eingeführte Nuklein (a-thymonukleinsaures Natrium) hinter den Darmepithelien restlos resorbiert und dem Körperkreislauf zugeführt wird. Sodann scheidet der Versuchskörper nach etwa eineinhalb Tagen eine der eingeführten Nukleinmenge entsprechende Harnstoffmenge und zum geringen Teil Harnsäuremenge wieder aus. Nehmen wir zu dieser Schittenhelmschen Tatsache die durch Fauvel gefundenen:

I. daß ein eiweißarm und speziell nukleinarm ernährter Körper anfängt, von seinem eigenen nukleinhaltigen Protoplasma zu zehren und abzubauen, und daß diese krankhafte Dezimierung der Nukleinsubstanzen aufhört, wenn dem Organismus Nukleinsäure zugeführt wird,

II. daß an einem Körper bei Eiweißbeschränkung in der Zufuhr durch die Aufzehrung seines Zellnukleins stetes Zunehmen der Harnsäureausscheidung festzustellen ist, und daß diese krankhaft vermehrte Harnsäureausscheidung bei geeigneter Nukleinsäurezufuhr aufhört,

und daß außerdem Ambard feststellte, daß der Harnstoff des Harns zu dem im Kreislauf vorhandenen in konstantem Verhältnisse stehen muß, so liegen wohl folgende Fragen auf der Hand:

Wie steht es mit dem Nukleinstoffwechsel bei einem Organismus, der Krankheitserscheinungen seitens seines Zentralnervensystems bietet?

Finden wir auch bei solchen Erkrankungen Hinweise, daß der Nukleinstoffhaushalt nicht balanziert, so daß als Folge auch Phosphatide und Lipoide nicht in normalem Austauschverhältnis stehen können?

Wie verhält sich ein solcher Organismus, wenn man ihm Nukleinstoffe in entsprechender Art, vielleicht kombiniert mit anorganischen Substanzen, einführt?

Sucht man über diese Fragen in den neueren umfassenden psychiatrischen Lehrbüchern Aufschluß zu erhalten, so findet man wohl zahlreiche Hinweise darüber, aber die ganze eminente Tatsache der Bedeutung des Stoffwechsels bei den verschiedenen Geisteskrankheiten ist wohl gewürdigt, doch absolut ungeklärt, ja Kraepelin, der selbst wertvolle Angaben über einige Untersuchungen gibt, nennt dies das „dunkelste Gebiet in der ganzen psychiatrischen Ursachenlehre".

Von einer Reihe von Autoren sind gewisse Einzelgruppen des Stoffwechsels Untersuchungen unterzogen worden, aber die erzielten Resultate gehen leider oft überraschend weit auseinander, und lange, mühevolle Arbeiten werden wohl erst später einiges Licht in diese Punkte bringen können. Etwas weiter sind wir in bezug auf die Wechselwirkungen bei der Funktion einiger Drüsen (Thyreoidea) und die daraus resultierenden Stoffwechselveränderungen, doch auch hier fehlt viel zum klaren Bilde. Ein Moment ist indessen von mehreren Autoren erwähnt und auch etwas häufiger festgestellt worden, das ist die bei zahlreichen Erkrankungen des Zentralnervensystems oft schon im Beginne feststellbare Blutveränderung und Blutbildverschiebung, sei es nach der Seite der Anämien oder der Chlorosen, ganz abgesehen von vielen blutpathologischen Einzelbefunden und von den Weberschen Resultaten über den Einfluß der psychischen Vorgänge auf die Blutverschiebung im Körper. Da sind wohl Anämien und Chlorosen ein Merkmal, daß in solchen Fällen gewisse Stoffwechselstörungen vorliegen müssen, die mit der Gruppe der Proteide im engsten Zusammenhang stehen. Hier werden wir nicht immer beim Suchen einen festen Anhalt für die Ursprungsquelle der Bluterkrankung finden, ebensowenig wie wir es in vielen solchen Fällen für die vorliegende psychische Erkrankung

vermögen. Eine Gruppe von Blutveränderungen möchte ich hier in meiner heutigen Studie allerdings zunächst ausscheiden, das sind die nach älterer Auffassung sogenannten hämolytischen Anämien, denn diese werden ja nach ihrer Erkennung die wahre Ursache eher feststellen lassen. Bei den anderen Formen wird man aber auch, selbst bei oberflächlichem Betrachten, die anämischen oder chlorotischen Blutbilder nicht als individuelle Unterschiede oder akzidentelle Nebenbefunde bei Seite schieben mögen. Ich neige zu der Annahme, daß in solchen Blutveränderungen ein deutliches Anzeichen für bestehende Störung im Proteinstoffwechsel zu sehen ist. Sind es doch neben den Globulinen des Serums Nukleoproteide, die im Blut als lebenswichtige Aufbaufaktoren wirken. Sie müssen in Gemeinschaft mit den unbedingt notwendigen anorganischen Begleitsubstanzen den Nahrungs- und Lebensträger des Körpers darstellen, und es bleibt ein naheliegender Gedanke, daß das Zentralorgan eines Organismus nicht funktionsfähig bleiben kann, wenn sein Nahrungsträger selbst erkrankt und ihm so nur mangelhaft zu dienen imstande ist. Ein weiteres Moment, Störung im Nukleinstoffwechsel bei gewissen Krankheiten des Zentralnervensystems annehmen zu dürfen, ist die bei der Untersuchung der Ausscheidungen häufig feststellbare Vermehrung des Harnstoffs, ohne daß sich etwa leukämische, nephritische oder pneumonische Erscheinungen hierfür verantwortlich machen ließen. Indessen möchte ich mich der Mitteilungen hierüber heute enthalten, da es ein Unding ist, an der Hand von etwa vierzehn Fällen irgendwelche Deduktionen herleiten zu wollen, und da andererseits die Literaturangaben hierüber, außer für Epilepsie, gering und dann auch noch abweichend sind. Ich habe mich deshalb in dieser Mitteilung zunächst einzig auf die anämischen und chlorotischen Symptome zu beschränken und hielt es nicht für unwesentlich, erst diese Frage zu behandeln, da von anderer Seite, meines Wissens, wenig Resultate über systematische Behandlung von Anämien und Chlorosen bei bestehenden Störungen im Zentralnervensystem vorliegen. Keineswegs nehme ich etwa an, daß diese Symptome direkte Ursachen einer Erkrankung des Zentralnervensystems seien. Man darf aber doch die beiden Momente nicht außer acht lassen, daß ungemein zahlreiche derartige Bluterkrankungen unbehandelt laufen, daß diätetische Maßnahmen allein andere kaum bessern, und daß es wohl notwendig ist, mangels einer bestimmten allgemeinen Chemotherapie zunächst den Versuch zu machen, aus den oben erwähnten Gründen bei diesen Begleitsymptomen helfend einzugreifen, um auf diese Weise nach Möglichkeit zunächst nur das Blut und vielleicht auch das Gefäßsystem in normale Verhältnisse zu leiten. Später werden uns ja Erfahrungen Klarheit schaffen, ob wir auf diesem Wege auch im Zentralnervensystem Krankheitsbesserung erzielen können oder ob und warum bei einzelnen Gruppen solcher Erkrankungen die Unmöglichkeit vorliegt, temporäre oder Dauererfolge im Blutkreislauf allein oder auch im Organismus zu erzielen und bei welchen Krankheitsformen diese Behandlung überhaupt versagt.

Nach allen klinischen Erfahrungen ist und bleibt nun bei Anämien und Chlorosen die beste Behandlungsform, wie es auch unlängst von Noorden betont, die mit Eisen, Arsen und Phosphor kombinierte Eiweißtherapie, und die Erfahrungen lehrten uns, daß ein Eiweiß um so besser im Körper aufgespalten wird, je hochwertiger es ist und je hochwertiger seine Verbindungen, insbesondere mit Eisen, sind, dann werden auch um so vollkommener die miteingeführten Phosphor- und Arsenverbindungen im Körper verwertet. Dabei ist zu berücksichtigen, daß zahlreiche Arsen- oder Eisenverbindungen bei ihrer Einbringung in den Magen oft nicht unerhebliche Schädigungen hervorrufen, so daß man also nach Möglichkeit Verbindungen zu wählen hat, die erst im Darm zur Lösung und Resorption kommen. In bezug auf den Phosphor ist zu erwähnen, daß gerade die geringen Dosen im Blutkreislauf bleiben und kleine Dosen nicht in der Leber fixiert werden (Tomasinelli).

Gleichzeitig lag mir nun aber bei solcher Eiweißverfütterung, zufolge der eingangs geführten Erwägungen, die Verwendung von Nukleinsubstanz als Eiweißersatz sehr am Herzen, zumal durch Schittenhelm angegeben wird, daß im Organismus diejenigen Eiweißersatzarten des Nahrungsproteins am besten ihre Kraft zu entfalten vermögen, welche dem Körpereiweiß in seiner Zusammensetzung möglichst entsprechen, weil diese Stoffe von den Verdauungsfermenten am leichtesten aufspaltbar sind.

Es lag nahe, hier nun das aus der Hefe gewonnene nukleinsaure Natrium zu verwenden, welches ja nach Völtz und Bandrexel, die in der Hefe eines unserer eiweißreichsten (53,4%) und konzentriertesten Nahrungsmittel sehen, vom menschlichen Körper fast ganz abgebaut und verwertet wird, wie dies ja auch schon von Schittenhelm und anderen sicher festgestellt ist. Die Nukleinsäure des Natrium nukleinikum der Hefe ist dem oben erwähnten thymonukleinsauren Natrium fast völlig gleich, es fehlt ihr das Thymin, ihr Stickstoffteil setzt sich zusammen aus Adenin, Cytosin und Guanin und sie trägt

nach Kowalewska die Formel: $C_{29} H_{42} N_{18} P_8 O_{28}$. Sie ist imstande, durch Austausch von H-Atomen mit Metallen Salze zu bilden und mit Schwermetallen Verbindungen einzugehen, deren eine: nukleinsaures Arsen-Eisen schon seit einer Reihe von Jahren besteht unter dem Namen Nukleogen. Dies entspricht den Forderungen der Hochwertigkeit, der leichten Aufspaltbarkeit, der alleinigen Darmresorption ohne Magenschädigung, und soweit die Nukleinsäure in Frage kommt, des physiologisch festgelegten vollkommenen Abbaus. Es enthält ca. 15% Eisen, ca. 7% Phosphor und ca. 3% Arsen als Monomethyldinatriumarseniat. Es ist wissenschaftlich erprobt, oft begutachtet und insbesondere von Hoppe bei Anämien wohl empfohlen. Es bietet außerdem die Möglichkeit, nicht nur in Tablettenform per os, sondern auch als intramuskuläre Injektion in Anwendung kommen zu können, worin deswegen ein ganz besonderer Vorteil zu sehen ist, weil Unterschiede in der Verwertbarkeit der eingeführten Nukleinsäure und der daran gebundenen Mineralstoffe je nach der Art der Einverleibung bestehen. Hierauf hat in bezug auf das nukleinsaure Natrium Scaffidi hingewiesen, aus dessen Versuchen sich entnehmen läßt, daß intravenös oder intramuskulär eingeführte Nukleinsäure eine erheblich bessere Nukleinausnutzung im Organismus erzielen läßt, als per os gegebene. Diese Möglichkeit der Ausschaltung des Magens ist auch gerade bei Chlorosen sehr zu schätzen. Es haben ferner Hoppes Untersuchungen über Nukleogen festgelegt, daß nach den ersten fünf bis sechs Injektionen stets leichte Temperatursteigerungen festzustellen waren, auch darin möchte ich ein günstiges Moment erblicken, weil mit der dadurch bedingten Eiweißänderung gleichzeitig eine gewisse Schutzstoffbildung im Körper vor sich geht.

(Schluß folgt.)

Reichsgerichtsentscheidung bezüglich Schadenersatzpflicht bei Unfall einer Geisteskranken.

In Sachen des Bürgerhospitals X., vertreten durch die Verwaltungskommission, diese durch den Bürgermeister in X., Beklagten, Revisionsklägers, wider die Eheleute L. B. und L. geb. S. in K., Kläger, Revisionsbeklagte, hat das Reichsgericht, III. Zivilsenat, auf die mündliche Verhandlung vom 24. November 1911 unter Mitwirkung . . . für Recht erkannt:

Die gegen das Urteil des IV. Zivilsenats des Kaiserlichen Oberlandesgerichts zu Colmar vom 17. November 1910 eingelegte Revision wird zurückgewiesen; die Kosten der Revisionsinstanz werden dem Revisionskläger auferlegt.

Von Rechts wegen.

Tatbestand.

Namens des Beklagten wird beantragt: das angefochtene Urteil aufzuheben und nach seinem in der Berufungsinstanz gestellten Antrag zu erkennen.

Namens der Kläger ist Zurückweisung der Revision beantragt worden.

Das Sachverhältnis wurde dargelegt, der Inhalt der Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils vorgetragen und die Revision nach dem Schriftsatz vom 18. Januar 1911 begründet.

Entscheidungsgründe.

Die klagenden Eheleute B. haben gemeinschaftlich einen Anspruch auf Ersatz des Schadens erhoben, welcher durch einen der klagenden Frau in der Krankenanstalt der Beklagten zugestoßenen Unfall entstanden ist. Die Behauptung der Revision, daß zur Geltendmachung solcher einheitlicher Ansprüche die Eheleute nicht befugt seien und deshalb ihre Klage von vornherein abzuweisen gewesen wäre, ist unbegründet. Nach dem gesetzlichen ehelichen Güterrecht, unter dessen Herrschaft die Ehe der Kläger steht, können die Ansprüche wegen eines der Frau zugestoßenen Unfalles, gleichviel ob sie nach den maßgebenden Bestimmungen der Frau oder dem Manne zustehen, von beiden Eheleuten gemeinschaftlich eingeklagt werden, weil jeder Ehegatte vermöge seines Verfügungsrechts den anderen zur Geltendmachung seines Anspruchs und zur Empfangnahme der Leistung ermächtigen kann, und weil schon in der gemeinschaftlichen Erhebung der Klage zum Ausdruck kommt, daß der Schuldner durch Entrichtung der Leistung an beide Eheleute befreit wird. — (Vergl. Urteil des Reichsgerichts vom 4. März 1909. VI., 159/08, Warmeyer, Jahrbuch, 1909, Nr. 300, S. 276 vom 25. Januar 1906. IV., 369/05 vom 29. Januar 1906. 173/05.)

Einer Untersuchung, wer von den beiden Ehegatten die einzelne Ersatzforderung geltend zu machen an sich berechtigt sei, bedarf es demnach

nicht (vergl. Urteil des Reichsgerichts vom 19. April 1905. VI., 349/04).

Unbegründet ist ferner der Einwand der Revision, daß die Beklagte für die Folgen des von der Klägerin im Irrsinn vorgenommenen Selbstmordversuches aus Vertrag nicht hafte, weil das Hospital zur Aufnahme Irrsinniger nicht bestimmt sei, der Kläger bei der Aufnahme seiner Frau in die Anstalt von der Art ihrer Erkrankung keine Mitteilung gemacht habe und deshalb eine besondere Bewahrungspflicht für die Beklagte durch Vertrag nicht begründet worden sei. Durch Artikel 4 der Ordnung für das Hospital in X. ist eine vorübergehende Aufnahme irrsinniger Personen zugelassen. Einer besonderen Vereinbarung über die Verpflichtung zur Bewachung bedurfte es nicht, weil schon der Vertrag, durch den ein Kranker in die Anstalt aufgenommen wird, die Verpflichtung zur Obhut für die Sicherheit des Kranken umfaßt und nur das Maß der in dieser Beziehung aufzuwendenden Aufmerksamkeit und Sorgfalt nach den Umständen des einzelnen Falles größeren oder geringeren Anforderungen unterliegen kann. Daß der Kläger bei Aufnahme seiner Frau in die Anstalt von der in Selbstmordgedanken sich äußernden Geisteskrankheit keine Mitteilung gemacht hat, gereicht der Beklagten nicht zur Entschuldigung, weil die Vertreter der Beklagten (Artikel 7, 10 der Ordnung für das Hospital) bei Wahrnehmung ihrer Aufsichtspflicht schon vor dem 17. September 1907, dem Tage des Unfalles, von dem am 15. September 1907 erfolgten ersten Selbstmordversuch der Klägerin und dadurch von ihrer geistigen Erkrankung Kenntnis erhalten haben würden, die Revision auch selbst davon ausgeht, daß die Beklagte tatsächlich solche Kenntnis erhalten hatte, und außerdem das Berufungsgericht tatsächlich festgestellt, daß die Krankenschwestern gleichfalls alsbald von jenem ersten Selbstmordversuch Kenntnis erlangt haben. Das Berufungsgericht hat daher mit Recht angenommen, daß die Beklagte und die Krankenschwestern als ihre Erfüllungsgehilfen von da an verpflichtet waren, zur Sicherheit der Kranken alles zu tun, was nach Lage der Sache möglich war, sie namentlich immer unter Aufsicht zu halten, umsomehr, als der behandelnde Arzt Dr. Q. selbst Bewahrungsanordnungen getroffen hatte. Die Klägerin wurde aber, wie das Berufungsgericht feststellt, am 17. September 1907 von der Krankenschwester L., mit der sie in einem Zimmer zusammen war, so schlecht bewacht, daß sie sich unbemerkt in ein anderes Zimmer, dessen Fenster offen standen, begeben und dort aus dem Fenster stürzen konnte. — Der Einwand der Beklagten, daß die Krankenschwester N. am 16. September 1907 dem behandelnden Arzt Dr. Q. erklärt habe, man könne keine Verantwortung übernehmen, ist vom Berufungsgericht mit Recht auf Grund der Tatsache zurückgewiesen worden, daß Dr. Q. nicht Vertreter des Klägers war. Die Behauptung, daß dem Kläger ein Mitverschulden zur Last falle, weil er von der Art der Erkrankung seiner Frau der Beklagten keine Mitteilung gemacht habe, ist schon deshalb unbegründet, weil die Beklagte und ihre Erfüllungsgehilfen vor dem 17. September 1907 von der Art der Erkrankung Kenntnis erhalten haben. — Auf die weiteren Ausführungen des Berufungsurteils und der Revision in betreff der Begründung des Anspruchs der Klägerin aus § 831 BGB. braucht nicht eingegangen zu werden, weil der erhobene Anspruch mit Recht als Vertragsanspruch dem Grunde nach als gerechtfertigt erklärt worden ist.

(Unterschriften.)

Mitteilungen.

— Die **„Trennung der Neurologie von der Psychiatrie und die Schaffung eigner neurologischer Kliniken"** ist der Titel eines Aufsatzes von Medizinalrat Prof. Dr. Näcke in Hubertusburg im Neurologischen Zentralblatt, 1912, Nr. 2, bei dem der Verfasser zu folgendem Ergebnis kommt:

1. Trotz naher Verwandtschaft mit der Psychiatrie beansprucht die Neurologie heute eine gleiche Selbständigkeit wie jene.

2. Zur Neurologie ist alles zu zählen, was allein oder im Vordergrunde Symptome der peripheren Nerven oder des Rückenmarks darbietet. Also alle Leiden der peripheren Nerven (primär oder sekundär), die meisten Rückenmarkskrankheiten und ein großer Teil der organischen Gehirnkrankheiten und der sogenannten Gehirnneurosen, welche beide einen Grenz- oder Mischzustand bilden. Wo das Psychische überwiegt, beginnt das Reich der Psychiatrie.

3. Beide Wissenschaften sind heute bereits so ungeheuer angewachsen und vielfältig verzweigt, daß kein Mensch mit gutem Gewissen behaupten dürfte, er beherrsche beide in gleicher Weise.

4. Man kann daher nur seine eigene Fachwissenschaft gründlich kennen — auch das nicht einmal in allen Zweigen! —, sollte aber von der anderen (Neurologie bezw. Psychiatrie) wenigstens theoretisch unterrichtet sein und praktisch die Hauptrepräsentanten gesehen haben.

5. Es ist eine heilige Pflicht, daß man wissenschaftlich zunächst nur in seiner eigenen Fachdisziplin arbeitet. Wer allein oder vorwiegend dies in der anderen tut, begeht einen Raub an der Wissenschaft. Gelegentliches Arbeiten auf dem oder den Nebengebieten dagegen ist durchaus zulässig, unter Umständen sogar erwünscht und bietet oft eine angenehme Abwechslung dar.

6. Nur in der Spezialisierung kann die Wissenschaft fortschreiten. Es soll also eine neurologische Klinik mit do. Poliklinik und Laboratorien unter einem Fachneurologen mit psychiatrischen Vorkenntnissen errichtet werden, desgleichen eine neurologische Abteilung in großen, allgemeinen Krankenhäusern. Die Neurologie muß dann auch Examenfach werden!

7. Keiner sollte sich künftig „Nervenarzt" nennen, der nicht wenigstens drei Jahre lang an einer neurologischen Klinik oder do. Abteilung andauernd beschäftigt war und hunderte, ja tausende von Nervenfällen der verschiedensten Art gesehen hat. Dann erst wird ein Korps wirklicher Sachverständiger in foro und in Unfallsangelegenheiten geschaffen werden, was immer dringender nötig erscheint.

8. Solange es aber noch keine neurologischen Kliniken usw. gibt, scheint es besser zu sein, die neurologischen Fälle, wie bisher, der inneren Klinik als der psychiatrischen zu überlassen, und zwar vor allem, weil de facto die Nervenkranken die erstere mehr aufsuchen und bevorzugen.

— **Geh. Rat Cramer als Nachfolger Ziehens nach Berlin berufen.** Zum Nachfolger von Geheimrat Prof. Ziehen auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie an der Berliner Universität ist der Geheime Medizinalrat Prof. Dr. August Cramer, Ordinarius und Direktor der Universitäts-Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen, berufen.

August Cramer, geboren am 10. November 1860 in St. Pirminsberg, Kanton St. Gallen, als Sohn des späteren Professors der Psychiatrie, Geh. Med.-Rats H. Cramer in Marburg, besuchte die Gymnasien zu Solothurn, Köln und Marburg, studierte in München und Marburg, bestand im Frühjahr 1886 das medizinische Staatsexamen und promovierte im Juli desselben Jahres mit einer Arbeit: „Beiträge zur Kenntnis des Glycogens". 1886/87 war er Volontärarzt der psychiatrischen Klinik in Marburg, wurde dann erster Assistent an der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br. unter Prof. Emminghaus und 1889 zweiter Arzt an der Landesirrenanstalt zu Eberswalde. Am 1. März 1895 übernahm er das Amt des zweiten Arztes und Vertreters des Direktors an der Göttinger Provinzial-Irrenanstalt und habilitierte sich bald darauf in der dortigen medizinischen Fakultät für das Lehrfach der Psychiatrie. 1897 erhielt Cramer das Prädikat Professor und Ostern 1900 unter Ernennung zum ordentlichen Professor das durch das Ableben des Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Ludwig Meyer erledigte Ordinariat. Zugleich wurde ihm die Direktion der psychiatrischen Klinik und die Leitung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt übertragen.

(Tägliche Rundschau, Berlin, 7. Febr. 1912).

Referate.

— Riedels Berichte. Riedels Mentor. 55. Auflage, 1911.

Im I. Teil des Buches finden sich ausgewählte Arbeiten aus den wissenschaftlichen Laboratorien der chemischen Fabrik Riedel. Der II. enthält eine pharmako-therapeutische Übersicht über diesbezügliche wichtige Arbeiten des Jahres 1910. Der folgende stellt einen Mentor dar, für Namen, Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendung neuer Arzneimittel. Im IV. Teil werden die chemischen Spezialprodukte der Firma Riedel aufgeführt.

Als Anhang befindet sich eine Tabelle über die zwischen + 11° bis + 30° eintretenden Schwankungen der spezifischen Gewichte zahlreicher offizinellen Flüssigkeiten.

Bei den vielen medikamentösen Neuerscheinungen ist das vorliegende Buch ein guter Berater.

Heinicke-Waldheim.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Königreich Sachsen.** An die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf sind versetzt aus Sonnenstein: Oberarzt Dr. Winkler als Stellvertreter des Direktors, aus Großschweidnitz: Anstaltsarzt Dr. Schlegel als Oberarzt. Anstaltsarzt Dr. Laegel, bisher in Kreuzburg (Oberschlesien), wurde in Arnsdorf angestellt.

— **Kutzenberg.** Oberarzt Dr. Oetter-Ansbach wurde zum Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg befördert.

— **Eglfing.** Anstaltsarzt Dr. Probst wurde zum königl. Oberarzt befördert.

— **Berlin.** Am 25. Januar 1911 verstarb der Geh. San.-Rat Dr. Moritz Jastrowitz, langjähriger Arzt an der Privatanstalt Berolinum.

— **Wien.** Hofrat Prof. H. Obersteiner, Wien-Döbling, wurde vom Verein der Psychiater zu St. Petersburg zum Ehrenmitglied ernannt.

— **Waldfrieden,** Heilstätte für Alkoholkranke bei Fürstenwalde a. Spree. Der Arzt Dr. Erich Stoll aus München ist als II. Arzt eingetreten.

Therapeutisches.

Behandlung der tertiären Syphilis mittels Jodipin. Von Dr. Filaretopoules in Athen. (Jatrikos Minitor, 1909, Nr. 22/23.)

Unter den zahlreichen Jodpräparaten hält F. das Jodipin für das geeignetste, da es die kranken Gewebe einer langdauernden Jodwirkung aussetzt. Bei einer Jodipinkur wurden noch nach 70 Tagen Spuren von Jod im Urin gefunden. Kumulative Erscheinungen und Jodismus sind selbst bei hohen Dosen sehr selten und unbedeutend gewesen. Als günstige Nebenwirkung ist die Hebung des Ernährungszustandes zu nennen. Zur Technik der Jodipininjektionen bemerkt der Verfasser, daß

die Einspritzungen in die Glutäalgegend oder den Interskapularraum so langsam wie möglich ausgeführt werden müssen, um Indurationen vorzubeugen. Nennenswerte Nachteile hat diese Applikation nie gehabt.

Bemerkenswert ist ein Fall von tertiärer Arthritis, wo Hg und J ohne Erfolg blieben. Nach 12 Jodipin-Injektionen von 10 ccm waren die Geschwülste des Knies fast geschwunden und die Gehfähigkeit wiederhergestellt.

Ebenso gute Resultate wurden erzielt bei multiplen Gummeta der Haut, Hemiplegie infolge von gummöser Endarthritis cerebralis, Parese der unteren Gliedmaßen mit Erscheinungen von Spinalparalyse; in letzterem Falle wurde der Gang fast normal. Bei tertiären Formen der Syphilis bewährt sich oft sehr gut die Kombination von Salvarsan mit einer Serie von Jodipininjektionen.

Die **„Meggendorfer-Blätter"** geben in diesen Tagen zwei Faschings-Nummern aus. Die beiden Nummern, die mit Titelblättern nach Gemälden von Freiherrn Hugo von Habermann und F. Hlavaty gar stattlich auftreten, reden der Freude das Wort. Narrenkappen klingeln darin; alle Geister des Humors sind losgelassen. Wir empfehlen unsern Lesern, die nicht Abonnenten der frohgemuten Münchener Zeitschrift sind, nachdrücklich, sich die beiden Faschingsnummern zu beschaffen. Sie sind am 6. und am 13. Februar überall für je 30 Pf. zu haben.

Die Meggendorfer-Blätter warten ihren Freunden wöchentlich mit einer Fülle des Schönen auf. Das Quartalsabonnement kostet ohne Porto 3 M. und kann bei allen Postanstalten oder bei den Buchhandlungen bestellt werden. Probenummern versendet der Verlag in München, Perusastr. 5, gern kostenfrei.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 47. 17. Februar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt:
Artikel: Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtl. Sachverständige und das Verfahren in strittigen Fällen. Von Dir. Dr. Ernst Boeck, Troppau. (S. 467.) — Ueber Ureabromin. Von Nervenarzt Dr. med. H. Böhmig, Dresden. (S. 473.) — Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen? Von Dr. Werner Hartwich, Lengerich i. W. Schluß. (S. 474.) — Mitteilungen (S. 477): Geh. Rat Cramer hat den Ruf nach Berlin abgelehnt. — Referate (S. 477).

Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige und das Verfahren in strittigen Fällen.*)

Von Dr. *Ernst Boeck*, Direktor der schlesischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Troppau.

Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige im Entmündigungs- wie im Strafverfahren wird bei unbefangener Betrachtung nicht Gegenstand einer Frage. — Wird es in Frage gestellt, ob der Arzt, der den Kranken behandeln und womöglich heilen soll und deshalb trachten muß, seine Krankheit und ihn selbst so genau als möglich zu erkennen, zur Abgabe eines Gutachtens über diesen Kranken geeignet sei, so erregt diese Frage zunächst Befremden; und zwar nicht etwa gerade bei Anstaltsärzten. — Als ich vor 15 Jahren in Troppau als gerichtlicher Sachverständiger beeidet werden sollte, äußerte ich, von Wien und Graz her an die Einrichtung besonderer Gerichtsärzte gewöhnt, Bedenken dagegen, daß ich als Anstaltsarzt Anstaltspfleglinge begutachten solle. — Der Richter entgegnete mir verwundert, daß er einen solchen Zweifel nicht verstehe; dem Gerichte müsse doch das Gutachten jenes Arztes am wertvollsten sein, der als behandelnder und als Facharzt den Kranken am besten kenne und am besten verstehe. — In der Tat sind dem Anstaltsarzte, der den Kranken täglich sieht, ihn mit allen Mitteln der ärztlichen Untersuchung und Beobachtung erforscht, der seine ganze Vorgeschichte aufzeichnet, alle Bedingungen gegeben, den Kranken so genau zu kennen, als das nur möglich ist. — Fachkenntnisse und Erfahrungen aber sind schließlich immer noch Faktoren, die der Urteilsfähigkeit nicht geradezu abträglich sein müssen.

Man sollte glauben, daß dieser Sachverhalt gar nicht verkannt werden könne.

*) Vortrag gehalten beim österreichischen Irrenärztetag in Linz am 7. Oktober 1911.

Man sollte ferner bedenken, daß von einem auswärtigen Gutachter die Arbeit, die der Anstaltsarzt für die richtige Auffassung eines Krankheitsfalles leisten muß, keineswegs umgangen werden kann. — Denn soll der auswärtige Arzt den Kranken beurteilen, so muß er sich auf die Ergebnisse der Beobachtungen stützen, die der Anstaltsarzt durch seine tägliche Arbeit erzielt hat. Diese Arbeit ist oft sehr mühevoll und zeitraubend. Um über einen Krankheitsfall, seine Natur, seine Heilungsaussichten ins klare zu kommen, braucht es oft einer schwierigen Beobachtungs- und Untersuchungsarbeit von vielen Wochen. Häufig genug müssen ja die begutachtenden Ärzte, auch Anstaltsärzte, eines Kranken den im Gesetze vorgesehenen Antrag stellen, „es sei eine weitere Beobachtungsfrist von vier Monaten oder sechs Monaten zu bewilligen, nach welcher Frist erst ein endgültiges Gutachten über den Geisteszustand des Untersuchten wird abgegeben werden können".

Auch daran wäre überdies zu denken, daß ja durch diese Vorarbeit des Anstaltsarztes der auswärtige Arzt in eine geistige Abhängigkeit von dem Anstaltsarzte gerät und daß eine Beeinflussung des auswärtigen — unabhängigen Gerichtsarztes — durch den Anstaltsarzt auf alle Fälle stattfindet.*)

*) Si licet usw. — Eine fällige Pensionsrate wird den gesetzlichen Bestimmungen nach nur gegen eine pfarrämtliche Bestätigung, daß X. noch am Leben sei, von der Finanz-Stelle ausbezahlt. Auch bei Irrenanstalts-Pfleglingen wurde von den Finanzbehörden das pfarrämtliche Zeugnis gefordert, die Bestätigung der Irrenanstalt wurde zurückgewiesen. Das Pfarramt aber hatte sein Zeugnis natürlich von der Irrenanstalt. Einem Einschreiten des Landesausschusses gelang es, diesen Widersinn aus der Welt zu schaffen und das Zeugnis der Irrenanstalt glaubwürdig zu machen.

Dieselbe Ansicht, die jener Richter äußerte, habe ich noch oft von anderen richterlichen Beamten gehört, die in dem Entmündigungsgeschäfte tätig waren; von keinem dieser Beamten, die jahrelang als Vorsitzende der gerichtlichen Kommissionen die Kuratelverhandlungen geleitet hatten, ist mir jemals ein Zweifel an der Befugtheit der Anstaltsärzte zur Begutachtung der Anstaltspfleglinge geäußert worden.

Der Gesetzentwurf vom Jahre 1909 (Entwurf eines Gesetzes über die Entmündigung) dagegen bestimmt (§ 23): „Die Sachverständigen dürfen nicht der Anstalt, in der sich der Angehaltene befindet, angehören oder mit dieser Anstalt in ständiger geschäftlicher Verbindung stehen." *)

Der erläuternde Bericht dazu sagt: „Die Auswahl der Sachverständigen wird durch Vorschriften bestimmt, die den Verdacht jeder Parteilichkeit ausschließen sollen." Einen solchen Verdacht haben nun alle die Richter, deren hier Erwähnung gethan wurde, die, wie gesagt, jahrelang den Entmündigungsverhandlungen in öffentlichen Anstalten vorstanden, nicht gehabt und auch jener zuerst genannte Richter hatte ihn nicht.

Jener Richter dachte, auch bevor er sich von der Betätigung des neuen Arztes als Sachverständiger überzeugt hatte, nicht an die Möglichkeit einer Parteilichkeit. Vielleicht deshalb: Er hätte einen öffentlichen Beamten (der autonomen Landesverwaltung) vor sich, der einen Diensteid abgelegt hatte. In diesem Diensteid hatte er Treue und unparteiische Pflichterfüllung gelobt. Überdies war er im Begriffe, dem Arzte den Eid als Sachverständiger abzunehmen, der ihn verpflichtet, dem Gerichte nach bestem Wissen und Gewissen zu dienen und ihm über die von ihm zu beurteilenden Dinge die Wahrheit und nichts als die Wahrheit zu sagen. Diese zwei Eide mochten sich dem Richter als eine sichere Bürgschaft fühlbar machen, daß er von dem sachverständigen Arzte nur ein solches Gutachten bekommen werde, wie es dieser nach seinem besten Wissen für wahr halte und bei dem er jede Parteilichkeit ferne gehalten hatte.

Daß alle diese Richter einen solchen Verdacht nicht hatten, läßt wohl auch die Erklärung zu, daß sie in ihrer langjährigen Tätigkeit im Entmündigungsverfahren niemals eine Wahrnehmung gemacht hatten, die ihnen den Gedanken an diese Möglichkeit erzeugt hätte.

Frägt man nach den Motiven, die solcher Parteilichkeit zugrunde liegen könnten, so ist es schwer, eine Antwort darauf zu finden.

Ein „materielles" Interesse? Es dürfte nicht notwendig sein, bei dieser „Möglichkeit" zu verweilen. Ein Interesse daran, einem Familienmitgliede des Kranken einen Gefallen zu erweisen?

Dieses dürfte als ebenso verbrecherisch wie das nur so viel unwürdigere erstgenannte Motiv ohne Diskussion zu übergehen sein.

Oder soll es Rechthaberei, Eitelkeit eines Fachmannes sein, der ein Urteil, das er einmal ausgesprochen hat, um keinen Preis berichtigen will, auch dann nicht, wenn es sich um etwas wie die Ausschaltung eines Menschen aus der sozialen Gemeinschaft handelt?

Man wird auch das nicht behaupten wollen und vor allen Dingen wird es nicht möglich sein, Fälle dieser Art ausfindig zu machen, die erfahrenen Richtern wirklich vorgekommen wären. — In meiner mehr als 20jährigen Berufstätigkeit ist es nicht zu meiner Kenntnis gelangt, daß irgendwo ein Anstaltsarzt als Sachverständiger sich einer solchen Parteilichkeit schuldig gemacht hätte.

Es will mir die Forderung berechtigt erscheinen, daß in offiziellen Kundgebungen, wenn man schon einem nur vom Hörensagen erregten Mißtrauen einen maßgebenden Platz einräumt, doch ausdrücklich festgestellt werden müßte, daß ein Fall, der ein solches Mißtrauen rechtfertigen würde, in Wirklichkeit sich nicht ereignet hat.

Denn wenn von so autoritativer Stelle aus so weitgehende Vorsichten, wie zum Beispiel die Ausschließung der Ärzte der öffentlichen Anstalten vom Sachverständigenamte als das Wünschenswerte hingestellt werden, so muß ja die Öffentlichkeit glauben, daß ihr Mißtrauen gerechtfertigt war und die schlimmen Dinge, die den Anstaltsärzten zugeschrieben wurden, von diesen auch wirklich begangen worden seien. Allerdings ist es vorgekommen, daß psychiatrische Gutachten in der Presse in abfälligster Weise besprochen und daß Psychiater auf das bösartigste verdächtigt wurden. Es ist aber gerade hier, wo von der Sachverständigen-Tätigkeit der Anstaltsärzte geredet wird, notwendig zu bemerken, daß in diesen Fällen nicht Anstaltsärzte angegriffen wurden, sondern ständige Gerichtsärzte und Kliniker, auch solche von hervorragendem und wohlbegründetem Rufe. Das führt zu den wesentlichen Gründen der Schwierigkeiten:

Die Fälle, die zu solchen Streitigkeiten und Feindseligkeiten führten, waren stets solche, in denen das Urteil der Gutachter den Meinungen der Laien widersprach, Fälle, in denen der Schein geistiger Gesundung

*) Es ist in dem Paragraph nichts davon gesagt, daß diese Bestimmungen für öffentliche Anstalten nicht gelten.

vorhanden war oder in denen es sich zeigt, daß Laien ebenso wie Richter und Fachleute in Zweifel sein können, wo die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit zu ziehen ist. Der Vorwurf, der in diesen Fällen gemacht wurde, war übrigens keineswegs nur der der Parteilichkeit, sondern wohl hauptsächlich der der Unzulänglichkeit der Sachverständigen und der psychiatrischen Wissenschaft überhaupt.

Diese Tatsachen aber müssen als möglich, da und dort auch als wirklich und diese Vorwürfe als begründet zugegeben werden.

Es gibt Fälle, in denen es schwierig ist zu entscheiden, ob eine Person bereits als geisteskrank im engeren Sinne oder nur als absonderlich, als abnormer Charakter, als Verbrecher aus geistiger Störung und darum als geisteskrank oder als eigentlicher Verbrecher anzusehen ist. Es zeigt sich dann, daß es in manchen Fällen schlechterdings unmöglich ist, Einigkeit zu erzielen, und daß bei fließenden Übergängen die Festlegung einer Grenze notwendigerweise schließlich der Willkür anheimfällt. In diesen Fällen ist es dann natürlich auch schwierig zu sagen, ob ein solcher Mensch in der Gesellschaft belassen werden darf, ob er in einer Irrenanstalt untergebracht oder einer Strafanstalt zugewiesen werden soll. Es ist auch in manchen Fällen schwierig zu sagen, ob eine geistige Störung völlig abgelaufen sei, so daß man eine Wiederkehr der Störung mit hinreichender Sicherheit ausschließen könne, und es ist schwer, die Verantwortung dafür zu übernehmen, daß die Person aus der Pflege der Irrenanstalt entlassen oder daß die Entmündigung aufgehoben werde.

Jeder Anstaltsarzt, der in einem solchen Falle gezwungen war, die Verantwortung für eine Entscheidung zu tragen, die entweder dem Kranken und seinem Anhang mißliebig oder andererseits dem Kranken selbst gefährlich war, wird den Wunsch nach einer Abhilfe schon empfunden haben. Es wird aber auch manchem Sachverständigen, der nicht Anstaltsarzt war, die Verantwortung, die er in einem solchen zweifelhaften Falle allein zu tragen hatte, drückend gewesen sein, und er würde ein Mittel des Schutzes und der Hilfe mit Freuden begrüßt haben.

Häufige Vorkommnisse sind diese Fälle allerdings nicht. Auf Reihen von vielen hunderten von Kranken kommt einmal ein solcher Fall. Aber kommt er einmal vor und ist der richtige Weg zu seiner Lösung unglücklicher Weise verfehlt worden, so kann das Geschrei, das darüber von Berufenen und Unberufenen erhoben wird, so tönend werden, daß es den Raum weithin erfüllt, als wären tausende von solchen Fällen da.

So selten nun diese Fälle sind, es muß doch für sie vorgesorgt werden. Es sollte möglich gemacht werden, daß solche Zweifel geklärt werden, soweit das irgend tunlich ist, und daß die Verantwortung für die Entscheidung in zweifelhaften Fällen nicht einer Instanz allein zufällt. Ein Mittel zu schaffen, das alle diese Forderungen befriedigt, erscheint nun nicht allzu schwierig. Es müßte möglich sein, eine Art Berufungsinstanz für die fachärztliche Begutachtung einzusetzen. Diese Instanz ist gedacht als eine Stelle, die den schwierigen oder umstrittenen Fall fachlich untersucht und das oder die abgegebenen Gutachten überprüft. Ich denke mir diese Instanz so, daß sie in gleicher Weise von den Anstaltsärzten wie von ständigen Gerichtsärzten und wie von den Parteien, d. i. von den Kranken selbst und ihren gesetzlichen Vertretern, sollte angerufen werden können. Der Gegenstand der Berufung wäre immer die Frage, ob der Zustand einer untersuchten Person noch in die Gesundheitsbreite einzureihen sei oder ob geistige Krankheit vorliegt und wenn dieses, ob die Geisteskrankheit noch genügende Fähigkeit zur Selbstbestimmung übrig läßt, oder ob die Person entmündigt werden müsse, endlich ob die geisteskranke Person der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedarf oder ob die entmündigte Person in Freiheit belassen werden, endlich ob eine in einer Irrenanstalt verpflegte Person der Irrenanstaltspflege noch weiter bedarf oder ob sie entlassen werden kann.

Für Fälle, in denen das Bestehen einer Geisteskrankheit oder die Notwendigkeit einer Aufnahme in die Irrenanstalt zweifelhaft ist, wird in der Regel das richtige und ausreichende Mittel die Zuweisung an eine Beobachtungsabteilung sein. Nur in sehr seltenen Fällen wird die Anrufung einer „Berufungsinstanz“ auch hier schon sich als wünschenswert oder notwendig erweisen. Am meisten macht ihr Mangel sich geltend, wenn die Entlassung aus der Irrenanstalt oder aus der Kuratel in Frage kommt.

Ich habe in zwei Fällen dieser Art einen Weg eingeschlagen ähnlich dem, der manchmal von den Gerichten gegangen wird: diese holen ein Fakultätsgutachten ein. Ich veranlaßte meine vorgesetzte Behörde, den schlesischen Landes-Ausschuß, sich an die Wiener psychiatrische Klinik mit dem Ersuchen um Überprüfung des Krankheitsfalles und der über ihn abgegebenen Gutachten zu wenden.

Der erste dieser Fälle liegt weit zurück. Das Gutachten der Wiener Klinik (Hofrat Prof. Dr. von Wagner) wurde bereits im Jahre 1896 abgegeben und der Kranke ist längst gestorben. Der zweite Fall hat sich erst vor wenigen Jahren zugetragen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen ty-

pischen Querulanten. Der Kranke war ein wohlhabender Bürger und Gewerbetreibender gewesen. In seinen Arbeitsjahren arbeitsam und tüchtig, etwas großtuerisch und selbstherrlich, gerne „lebend“, aber auch „leben lassend“, in einem weiten Bekanntenkreise angesehen und beliebt. Seine Arbeitskraft sank, zumal nach einem apoplektischen Insult, früher als seine Genußfähigkeit. Während er im Geschäftsbetriebe lässiger wurde, verbrauchte er mehr Geld als früher für sein Vergnügen, Wirtshaus, Kartenspiel und Weiber, und dies um so mehr als ihn seine kältere und auch besonnenere Frau mehr und mehr abwehrte. Patient kam moralisch herunter und brachte das Geschäft in Unordnung, indem er Gelder heimlich einkassierte und für sich verwendete, Schulden machte und schließlich mehrmals auf Wechseln, seinen wiederholt gegebenen Besserungsversprechungen entgegen, die Unterschrift seiner Frau fälschte. Die Frau, die sich mit ihrem Kinde vor den Untergang gestellt sah, setzte nun die Scheidung und die Aufhebung der Gütergemeinschaft durch. Patient, der eine Rente als seiner unwürdig abgelehnt hatte und mit einem neugegründeten Geschäfte rasch zugrunde gegangen war, erhob Beschuldigungen gegen seine Frau, ihren Rechtsanwalt und gegen ihre Ratgeber, die ihn gemeinsam übervorteilt hätten. Die Schuld an seinem letzten Zusammenbruche maß er den Leitern der städt. Sparkasse bei, die ihm kein Darlehn bewilligten, wie sie doch als Mitbürger und alte Freunde gesollt hätten. Mit seinen Ehrenbeleidigungsklagen in erster und zweiter Instanz abgewiesen, machte er nun, „um vor Geschworene zu kommen“, einen Mordanfall auf seine Frau.

Das Landesgericht wies ihn auf Grund des Gutachtens der Gerichtsärzte in die Irrenanstalt.

Hier beruhigte er sich bald. Seine Angaben über die Benachteiligungen, die er erfahren haben wollte, brachte er mit viel Glaubwürdigkeit vor. Die genaue Prüfung jeder einzelnen Behauptung durch Einvernahme einer großen Anzahl der Beschuldigten wie von Leuten, die mit den Verhältnissen vertraut waren, ließ alle diese Behauptungen als Wahnideen erweisen; aber Personen, die nicht einfach abzulehnen waren, sprachen in gleichem Sinne wie der Patient. Ein schroffer Gegensatz der Meinungen war deutlich und die Gefahr klar erkennbar, daß dieser Gegensatz in die Öffentlichkeit werde getragen werden, wo ihm dann mit nachhinkenden Aufklärungen schwer beizukommen war. Es schien ratsam vorzubeugen, und zwar dadurch, daß ein Gutachten noch von anderen als den Troppauer Gerichts- und Anstaltsärzten, und zwar von einer unbestrittenen Fachautorität eingeholt werde. Der schlesische Landesausschuß stimmte dem Antrage der Irrenanstaltsdirektion zu. Herr Hofrat Professor von Wagner und Herr Regierungsrat Dr. Tilkowsky (der damalige Direktor der Wiener Irrenanstalt) erklärte sich bereit, die Begutachtung zu übernehmen. Der Kranke wurde für einige Wochen an die Klinik v. Wagner nach Wien gebracht.

Das Wiener Gutachten lautete, wie es den vorliegenden Tatsachen nach nicht anders sein konnte, übereinstimmend mit dem der Troppauer Ärzte.

Was vorhergesehen worden war, traf ein: Freunde nahmen sich des Patienten an, nahmen ihn gegen Revers aus der Anstalt. Später trat eine ganze politische Partei für ihn ein. Man gab ihm Geld zu Reisen ins Ausland, damit er sich dort von „nichtbeeinflußten“ Psychiatern (alle österreichischen galten dem Patienten und seinen Freunden als nicht mehr unabhängig) ein Gesundheitszeugnis verschaffe, auf Grund dessen dann die Entmündigung aufgehoben werden und Patient zu seinem Rechte gelangen sollte. An verschiedenen Privatanstalten und Kliniken Deutschlands und auch außerhalb des Reiches hat Patient sich zur Untersuchung gestellt. Ein Gesundheitszeugnis konnte er natürlich nicht erreichen. So baute er denn schließlich seine letzten Hoffnungen, wie er es schon im Inlande getan hatte, „auf gerechte Richter aus dem Volke“. „Um vor deutsche Geschworene zu kommen“, verübte er in einer deutschen Hauptstadt eine öffentliche Gewalttat, diesmal eine schwere Sachbeschädigung. Die Folge davon war dauernde Anhaltung in der Irrenanstalt.

Die Einholung eines autoritativen Gutachtens, die „Berufung an eine 2. Instanz“ hatte als gute Folge gezeitigt, daß alle Freunde des Patienten zur Vorsicht gemahnt wurden und daß man nicht sagen konnte, die Irrenanstalt steife sich auf ihre Meinung und trachte den Kranken in der Anstalt zurückzuhalten.

Der zweite Fall war ein junger Mann, „konstitutionelle Neurasthenie“, der schon vor der Pubertät an Angstgefühl und Zwangs-Impulsen litt und wiederholt Selbstmordversuche gemacht hatte. Wiederholte Kaltwasserkuren stellten ihn immer wieder leidlich her. Mit den steigenden Lebensanforderungen kam es bei dem Patienten zu schwierigen und länger dauernden Depressions- und Hemmungszuständen, aber auch zu schweren Affektäußerungen, zu Gewalthandlungen und zu Racheakten, die er in Erbitterung über sein Lebensunglück und einzelne besondere Schädigungen vollführte. In einem „gesunden“ Intervall von mehreren Jahren hatte er sich verheiratet. Überanstrengung in seinem Geschäfte,

ein an ihm verübter Betrug, der ihm seinen letzten Vermögensrest kostete, hatten schwere Gemütsstörungen zur Folge. Patient machte mehrmals Mordversuche an seiner Frau, kam wieder in die Irrenanstalt, wurde scheinbar hinreichend hergestellt entlassen.

Patient hatte bereits von der Anstalt aus einen Heiratsschwindel angefangen. Er hatte seine (evangelisch geschlossene) Ehe noch nicht gelöst, gab sich aber als ledig aus und entlockte dem Bruder der Braut 2000 M. Wie später bekannt wurde, erlitt das Mädchen in Folge des schrecklichen Erlebnisses eine schwere Gemütserschütterung. Nach einigen Wochen meldet sich Patient freiwillig zur Aufnahme, verstört und schwer zerrüttet wie jedesmal.*) Das Strafverfahren wurde auf Grund seiner gesamten Vorgeschichte eingestellt. Patient erholte sich bald, arbeitete schließlich auch wieder in der Anstaltskanzlei wie früher, zeigte sich aber moralisch schwer geschädigt. Von seinem Hasse gegen die ganze Welt, die ihm ein so schlechtes Schicksal bereitet habe, ist er nicht abzubringen, ebensowenig von seiner Überzeugung, daß er zu jeder Schadenshandlung berechtigt sei, weil jener Betrüger, der ihn um seine letzte Habe gebracht hat, straflos ausgegangen war.

Seine Lieblingslektüre sind die Kriminalfälle in den Zeitungen, die er mit gleichgesinnten Pfleglingen eifrig bespricht. Bei jeder Gelegenheit ist von ihm die Meinung zu hören, wenn er wieder herauskomme, könne er jedwede Tat verüben, er komme ja doch nur wieder in die Irrenanstalt, und wenn man ihn hier auch im Anfang strenger halten würde, so müßte er endlich doch alle seine gewohnten Begünstigungen wieder erhalten.

Nachdem der Mann über Jahr und Tag sich ordnungsmäßig verhalten hatte, kam er mit dem Wunsche, wieder entlassen zu werden, hervor. Auf Grund seiner Vorgeschichte mußte man gewärtig sein, daß Patient so wie in früheren Jahren durch die Anstrengungen des Erwerbslebens bald wieder mit seinen Kräften zu Ende sein, der Gemützerrüttung verfallen und irgendwelche Schadenhandlungen begehen werde. Das letztere um so eher, als seiner Überzeugung nach seine Vorgeschichte ihm Straflosigkeit zusicherte. Ich konnte mich nicht entschließen, die Verantwortung für die Entlassung des Mannes auf mich zu nehmen. Ich hielt aber nicht für ausgeschlossen, daß andere Sachverständige sich zu der Frage anders stellen könnten. Ich wendete mich nun mit einem ausführlichen Berichte an das Kuratelsgericht und beantragte, das Gericht möge die Untersuchung des Patienten durch die psychiatrische Klinik in Wien veranlassen. Da geschah nun das Merkwürdige, daß die Kuratelsbehörde diesen Antrag auf neuerliche Untersuchung des Patienten durch andere Sachverständige ablehnte und entschied, Patient solle in der Anstalt bleiben, bis die Direktion ihn geheilt entlassen werde; dann werde das Gericht die entsprechenden Maßnahmen treffen. Welche das seien, wurde nicht gesagt. Ein neuerlicher Antrag mit dringenden Vorstellungen blieb ebenso erfolglos. Die administrative Oberbehörde der Anstalt, der schles. Landesausschuß, stimmte trotzdem ohne weiteres dem Antrage der I.-A.-Direktion zu und bewilligte die Mittel für die Reise des Patienten und seinen Aufenthalt an der Wiener Klinik. — Das Gutachten des Herrn Hofrats Dr. v. Wagner stimmte auch in diesem Falle mit dem der Troppauer Ärzte überein, und Patient blieb bis auf weiteres in der Anstalt.

*) Er erzählte, daß er gerichtlich verfolgt werde; sein Zustand ließ aber die Aufnahme als notwendig und darum gerechtfertigt erscheinen. Dem Strafgericht, das nach ihm fahndete, wurde die Aufnahme angezeigt mit dem Bemerken, daß ein Gutachten über den Geisteszustand des Aufgenommenen zur Zeit seiner Tat damit nicht gegeben, daß ein solches vielmehr außerhalb der Kompetenz der Irrenanstalts-Direktion gelegen sei.

Die beiden Fälle dürften zeigen, daß der Wunsch nach einer „fachlichen“ Berufungs-Instanz ein begründeter ist. Bemerkenswert ist dabei wohl, daß in beiden Fällen die Initiative von der so gefürchteten und wegen ihres Mangels an Rechtssinn so verabscheuten Irrenanstalt ausging; und noch bemerkenswerter ist es, daß der Wunsch, dem Patienten den möglichsten Rechtsschutz zu verschaffen, nur bei der Rechtsschutzbehörde selbst, bei dem Kuratelsgericht auf Widerstand stieß.

Die Schaffung einer solchen fachlichen Berufungsinstanz scheint das geeignete Mittel, alle Schwierigkeiten, die die „strittigen“ Fälle verursachen, zu lösen. Soweit diese überhaupt lösbar sind. Denn, was in den zweifelhaften Fällen gebraucht wird, ist eine fachliche Beurteilung, die von den angesehensten, bestbekannten Sachkennern ausgeführt wird. Welches gerichtliche Forum das Gutachten dieser fachlichen Berufungsinstanz verhandeln soll, gehört nicht zum Wesen der Sache. Es ist das eine Frage, die ganz und gar in die Kompetenz der Rechtspflege fällt. Wesentlich wäre nur, daß diese Fach-Instanz ganz ebenso gut von der Anstalts-Direktion als von dem Kranken oder einem Vertreter angerufen werden kann, auf möglichst einfache Weise, ohne viel Umstände und formalen Apparat, mehr eben nach Art eines Konsiliar-Gutachtens als einer „Appellations-Entscheidung“.

Solche fachlichen Berufungs-Instanzen würden nur in geringer Zahl nötig sein; die Zahl der heute vorhandenen Kliniken würde sich damit decken können. Allzu häufig sind ja, wie schon erwähnt, die Fälle nicht, die solche Schwierigkeiten verursachen. Es ist allerdings vorauszusehen, daß, sobald eine solche Überprüfungs-Stelle bestehen sollte, gar viele Kranke mit dem Wunsche hervorkommen würden, man solle sie an die Klinik schicken oder ein Fakultäts-Gutachten einholen. Schon heute kann man in der Troppauer Irrenanstalt von den Kriminellen — kaum je von einem anderen Kranken! — diese Forderung vernehmen. Aber allzugroß würde die Zahl dieser Bewerber doch nicht werden, — selbst wenn sie auf das Zehnfache der heute bekannten Fälle steigen würde; und dann ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der Andrang sich bald vermindern würde, wenn es sich nur erst öfter gezeigt hätte, daß eben auch die Überprüfungs-Instanz nicht leicht zu einem anderen Urteil gelangen könne, als die Beobachter und Gutachter vor ihr. — So ist die Sache eben nicht, wie man nach den Sensations-Artikeln der Presse zu glauben verleitet wird. Die „zweifelhaften" Fälle, in denen die Frage aufgeworfen wird, ob einem Entmündigten oder einem Internierten Unrecht geschieht, sind große Seltenheiten. Dem Publikum, das nur diese Seltenheiten vorgeführt bekommt, das aber von den Tausenden von Kranken, die in den Irrenanstalten leben — und zumeist eine weit bessere Lebenshaltung genießen, als ihnen jemals in ihrem Leben zuteil wurde —, dem Publikum, das am Anstaltsleben nichts anderes wahrnimmt als die „Freiheitsberaubung", diesem Publikum kann und muß man die Aufgeregtheit, die Furcht vor dem „Lebendigbegrabenwerden" in der Irrenanstalt, das jedem Geistesgesunden jeden Augenblick widerfahren kann, vor dem nur die sorgfältigsten Vorsichtsmaßregeln und die schärfsten Strafandrohungen schützen können, zugute halten. Es ist auch wichtig, daß ein Gesetz für die seltensten Ausnahmen nach Möglichkeit vorsorgen soll; aber die Ausnahmen sollten in dem Gesetze als das erscheinen, was sie sind, als große Seltenheiten, und es sollte nicht das ganze Gesetz so verfaßt sein, als wären die seltenen Ausnahmen die Alltäglichkeiten.

Ob nun eine Berufungs-Instanz alle Schwierigkeiten, ohne Meinungs-Zwiespalt im gegebenen Falle, und alles Mißtrauen beseitigen würde?

Nein, gewiß nicht.

In den beiden mitgeteilten Fällen blieben die Kranken natürlich bei ihrer Meinung und scholten die Berufungs-Instanz ebenso wie sie die früheren Gutachter, die Gerichts- und Anstalts-Ärzte gescholten hatten. Ein großer Teil ihrer Verwandten und Bekannten blieb ebenso unüberzeugt.

Es ist in berühmten und weithin bekannten Fällen nicht anders gewesen. Im Falle der Herzogin Luise von Koburg war die Entmündigung auf ein Gutachten gegründet, das die namhaftesten psychiatrischen Autoritäten Deutschlands und Österreichs ausgearbeitet hatten. Dennoch war die öffentliche Meinung auf der gegnerischen Seite, die Prinzessin war ihr eine geistig gesunde Frau, die man zu Unrecht ihrer Freiheit beraubt und in eine Irrenanstalt gesperrt hatte.

Ist das aber eine Eigentümlichkeit der psychiatrischen Begutachtungen? Kommt es nur auf diesem Gebiete vor, daß Entscheidungen oberster (Berufungs-) Instanzen nicht überzeugen, sondern Unzufriedenheit und Tadel wecken? Keineswegs; auf rein juristischem Gebiet sind Vorkommnisse dieser Art auch zu verzeichnen. Als der Oberste Gerichtshof die Entscheidung fällte, daß die Einverleibung der Vororte in die Stadtgemeinde Wien die Verträge, die jene mit der englischen Gasgesellschaft geschlossen hatten, nicht (wie es in Berechnungen der Gemeinde Wien vorausgesetzt worden war) als eine force majeure breche, sondern daß die Verträge von der Gemeinde Wien übernommen werden müßten, erklärte der damalige Bürgermeister in öffentlicher Gemeinderats-Sitzung, er halte von solchen Juristen nichts, die derartige Sprüche fällen, er bleibe bei seiner Meinung; Verunglimpfungen, die sich die höchste Rechtsbehörde des Reiches von der gleichen Stelle aus noch des öfteren gefallen lassen mußte.

Auch die Einrichtung von Schöffengerichten und Vertrauensmännern, wie der Entwurf zum Entmündigungsgesetz sie in Aussicht nimmt, würden die Streitigkeiten in den „seltenen" Fällen nicht beheben: wenn die Partei des „ungerecht Internierten (oder Entmündigten)" die öffentliche Meinung aufzuregen versteht, werden auch Schöffen sie nicht zu überzeugen vermögen.

Wenn dem aber so ist, wenn auch die Berufungs-Instanzen die Schwierigkeiten nicht lösen, warum sie dann erst ins Leben rufen? Wollte man diesem Einwand stattgeben, so hieße das in denselben Fehler verfallen, der vorhin gerügt wurde, und die Seltenheiten zur Regel machen, von den Seltenheiten sich für das Ganze bestimmen lassen. Auf die Zustimmung des in seinen Hoffnungen getäuschten Kranken werden wir in allen Fällen verzichten müssen, auf die Überzeugung aller seiner Anhänger in vielen Fällen. Eine Klärung der Sache für die weiten

Kreise aber und eine Entlastung des Einzelnen von einer zu schweren Verantwortung würde in jedem Falle erzielt werden. Wie die angeregte fachliche Berufungs-Instanz ausgestaltet sein sollte und wie sie ins Leben gerufen werden könnte, darüber läßt sich nicht wohl etwas sagen, bevor nicht Verhandlungen darüber mit den in Betracht kommenden maßgebenden Stellen eingeleitet worden sind. Die nötigen Schritte dazu sollten aber ehestens getan werden.

Zur Diskussion meldet sich Niemand zum Worte. Nach den Schlußworten des Vorsitzenden, der nochmals auf die Hauptpunkte hinweist und auffordert, zur Tat zu schreiten namentlich im Punkte der Fürsorge-Vereine, wird die Tagung geschlossen.

Über Ureabromin.

Von Dr. med. *H. Böhmig*, Nervenarzt in Dresden.

In Nr. 41 der Berliner Klinischen Wochenschrift, 1911, haben Dr. Ph. Fischer und Dr. I. Hoppe von dem chemischen Laboratorium der Landesheilanstalt Uchtspringe, Altmark (Direktor: Prof. Dr. Alt) über ein von ihnen hergestelltes neues Epilepsiemittel — Bromkalzium-Harnstoff — berichtet. Durch das liebenswürdige Entgegenkommen dieser Herren und des Herrn Prof. Dr. Alt, später der Firma Gehe & Co. A.-G., bin ich seit Juni 1908 in der Lage gewesen, dieses neue Mittel zu versuchen und seine Wirkungen mit denen anderer Brompräparate zu vergleichen.

Ich habe es in einer größeren Anzahl Fällen von Epilepsie mit und ohne Kreislaufstörungen, bei Chorea, bei neurasthenischen Angstzuständen, bei Schlafstörungen gegeben, und zwar laut der ursprünglichen Vorschrift in einer Konzentration von 52,0/300,0, später 40,0/300,0, und zwar Erwachsenen zwei bis drei Eßlöffel, Jugendlichen drei Teelöffel täglich. Die erstgenannte Lösung entspricht nach der Berechnung der Autoren einer Bromkaliumlösung von 20,0/150,0.

Ich bin nun so vorgegangen, daß ich Epileptikern, die schon lange Zeit Brompräparate bekommen hatten und die Erscheinungen des Bromismus darboten (Akne, Appetitmangel, schwache Herztätigkeit), oder solchen, die sehr schlecht genährt und anämisch waren, sofort Ureabromin gab. In allen diesen Fällen konnte ich bald, nach Verlauf von zwei bis drei Wochen, ein Verschwinden der Akne, eine Besserung der Herztätigkeit konstatieren. In den Fällen, die ich in der Schröterschen Erziehungs-Anstalt für geistig Zurückgebliebene behandelte, war auch eine Besserung des Appetites und eine Zunahme des Gewichtes unzweideutig festzustellen.

Kranken, welche als frische Fälle zu mir kamen oder aus irgendwelchen anderen Gründen lange Zeit kein Brom genommen hatten, habe ich mehrfach erst wochenlang eine Erlenmeyersche Lösung 20/150 und dann, wenn Brombeschwerden kamen, Ureabromin gegeben. Dabei sah ich dieselben Vorgänge wie bei der erst geschilderten Gruppe von Kranken.

Interessant war nun folgende Beobachtung: Ließ ich die Kranken, die ungefähr zwei Monate Ureabromin gebraucht und bald die Erscheinungen der Bromintoxikation verloren hatten, wieder Erlenmeyersche Lösung nehmen, so vertrugen sie die letztere viel länger, ehe wieder Symptome des Bromismus auftraten, als das erste Mal.

Besonders bewährt hat sich mir das Ureabromin in zwei Fällen von schwerster Chorea bei älteren Kindern, die beide schon von früher einen Herzfehler haben. In auffallend kurzer Zeit trat nach Einsetzen der Ureabrominmedikation wesentliche Beruhigung, damit auch die Möglichkeit besserer Ernährung und ruhiger Schlaf ein.

Niemals habe ich eine Verschlimmerung, ein Zunehmen der epileptischen Anfälle gesehen, wenn ich das vorhergenommene Brompräparat durch Ureabromin ersetzte.

Bei nervösen Angstzuständen, Schlafstörungen leistete es mir dasselbe wie andere Brompräparate, und es wurde gern genommen, da es nicht die, dem Publikum ja oft bekannten und von ihm in übertriebener Weise gefürchteten Nebenerscheinungen brachte.

Aus der Provinzial-Heilanstalt Lengerich i. W.

Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen?

Von Dr. *Werner Hartwich*, Abteilungsarzt.

(Schluß.)

Ich habe mir nun für meine Versuche, und zwar für die erste Versuchsreihe, über die ich heute berichte, möglichst verschiedene und möglichst Frühformen von Erkrankungen des Zentralnervensystems, die mit Anämie oder Chlorose einhergingen, ausgewählt, im ganzen dreißig Fälle. Bei der Stellung der Diagnose, Anämie oder Chlorose, lehne ich mich an die Pappenheimschen Auffassungen, die insbesondere für die später zu veröffentlichenden Blutbefunde bei Psychosen eine stabile Unterlage gewährleisten. Sodann habe ich nur solche Leute zum Versuch herangezogen, die keine Blutzellenform aufwiesen, die auf energische autochthone regenerative Reaktion seitens des Knochenmarks mit seinem Erythroblastenapparat schließen ließen. Ferner habe ich, um über die Wirkung der Behandlung auch bei geistig Gesunden klar zu werden, zwanzig Männer hinzugenommen, die nur chlorotische und zum geringen Teil anämische Symptome aufwiesen und die durch ihre Klagen über Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit oder gewisse „Nervosität" das Bild vervollständigten. Alle diese Kranken und auch die relativ Gesunden hatten als Insassen einer Anstalt vor, während und nach der Behandlung stets die gleichen Lebensbedingungen und erhielten keinerlei diätetische Sonderverordnungen. Die Blutbefundfeststellung ging in der Weise vor sich, daß zu Beginn des Versuchs durch mehrfache Untersuchungen, die im Laufe des Vormittags mindestens zwei Stunden nach einer kleinen Mahlzeit stets durch dieselbe Hand vorgenommen wurden, Hämoglobinfeststellung, Zählung der roten Blutzellen und Festlegung des Index stattfand, dazu kam in Vervollständigung das Farbpräparat. Auf die Feststellung der Zahlen der weißen Blutkörper habe ich für diesen Versuch keinen großen Wert gelegt. Frauen wurden deswegen nicht mit einbezogen, weil bei ihnen, speziell um die Menstrualzeit, die Blutbildschwankungen sehr erheblich sind, ganz besonders die Zahl der roten Blutzellen beträchtlich sinkt, wobei das bald danach folgende Auftreten der Jugendformen leicht trügt, während das Hämoglobin sich ja wenig ändert. Bei allen Versuchspersonen fand Gewichtskontrolle auch schon vor Beginn der Versuchsphase statt, wobei die Fehlerquelle der plötzlichen Gewichtsverschiebung bei Schizophrenien und Paralysen berücksichtigt und ausgeschaltet wurde, bieten doch gerade die ersteren oft sehr erhebliche Gewichtsschwankungen, und man war eigentlich bisher noch nie geneigt, solche plötzlichen Gewichtszunahmen als günstiges Zeichen anzusehen.

An Stelle einer großen tabellarischen Übersicht teile ich folgende Gesamtresultate mit: Es wurden verabfolgt entweder 20 Spritzen (intraglutäal) oder 10 Spritzen und nachfolgend 100 Tabletten. Oder 100 bis 150 Tabletten allein, entsprechend der Dosierungsvorschrift. Die beste Wirkungsform scheint nach meinen Erfahrungen in der Kombination Spritzen mit nachfolgenden Tabletten zu liegen. Ein Unterschied in der Wirkung zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken war nicht zu konstatieren. Die Blutänderung nach Zahl der roten Blutzellen und das Hämoglobinverhalten war bei beiden Gruppen gleichmäßig, ebenso das Verhalten des Körpergewichts. Schon nach Ablauf etwa eines Monats trat *bei den* Anämien oder Chloroanämien eine oft überraschende Vermehrung der roten Blutzellen ein, die mit wenigen Ausnahmen, nachdem sie sich bis zur Höhe der normalen Grenze oder etwas darüber erhoben hatte, auch vier Monate nach der Behandlung nicht oder nur ganz verschwindend unter die Norm gesunken ist. Der zweite günstige Erfolg der Behandlungsart war insbesondere bei den Chlorosen in der Zunahme des Hämoglobins zu sehen, dessen Werte (gemessen nach Sahli und vergleichsweise auch Tallquist) sich ganz wesentlich hoben. Ich habe z. B. in einem Falle von reiner Chlorose, der mit etwas verringertem Blutplättchengehalt einherging, Aufbesserung von 50 auf annähernd 90% durch intramuskuläre Injektionen erzielen können. Die Berechnung des Index bei allen Fällen während und nach der Behandlung stellte auch klar, daß bei einzelnen scheinbar etwas abnormen Einzelwerten sich die meist unter 1 liegende Indexzahl, man möchte sagen, gesetzmäßig nach der Norm zu bewegte, ein Ausgleichsbestrebungsmoment, das immerhin beachtenswert bleibt, auch deswegen, weil ein monatelanges Andauern der fast normalen Indexzahl zu konstatieren blieb. All diese durch Zählung und Messung fest-

gelegten Werte erhielten ihre Bestätigung auch durch die Blutkontrolle im mikroskopischen Bilde. Es ließen sich bei den Anämien Erythroblastose, Jugendformen, basophile Pünktchen der Poikilozyten und andere Formen, die klar auf Blutregeneration hindeuteten, feststellen, während die Chlorosen, deren meist normomorphe Zellen sich anfangs durch chlorotische Anachromämie auszeichneten, Zunahme und wesentliche Aufbesserung an Blutfarbstoffgehalt während und nach der Behandlung aufzuweisen hatten. Diese ganzen als aktive Blutregeneration zu betrachtenden Veränderungen sind stets in physiologischen Grenzen geblieben und waren nie als krankhaft gesteigerte anzusehen mit Ausnahme vielleicht eines Falles von Anämie bei einem zwanzigjährigen leicht Imbezillen, der einen akuten Anstieg von 3100000 auf 8000000 innerhalb eines Monats aufzuweisen hatte bei einer Anfangsindexzahl von 1,3 und nach einem Monat von 0,63 und mikroskopisch zahlreichen Jugendformen. In allen anderen Fällen waren weder abnorme Schübe von Einwanderung junger Zellen ins Blut bezw. Ausschwemmung aus dem Knochenmark festzustellen, noch deutete ein plötzliches Schwanken des Blutbildes eine pathologische Reaktion an.

Neben diesen reinen hämatologischen erfreulichen Resultaten waren in bezug auf das Allgemeinbefinden gleichfalls günstige Momente durch die Behandlung zu erzielen. Ich halte mich entsprechend dem Zweck der Arbeit heute nur an die nackten Wägungsresultate, die unter Ausschaltung der genannten Fehlerquellen ergeben haben, daß bei 80% aller Behandelten zum Teil recht erhebliche Gewichtszunahme hervorgerufen wurde, z. B. innerhalb acht Monaten bei zwei psychisch Kranken zehn und zwölf Pfund und bei zwei psychisch Gesunden acht und zwölf Pfund bei gleichbleibenden Lebensbedingungen, entsprechend der eingangs erwähnten Versuchsnorm. Ich möchte hierin wohl einen Hinweis sehen, daß auch der Lipoidstoffwechsel durch geeignete Nukleinbehandlung zweifellos nach der günstigen Seite beeinflußbar ist. Die weiteren noch erwähnenswerten Momente aus der Behandlungsreihe sind abgesehen von den auch durch mich zu bestätigenden Tatsachen allgemeinerer Natur, z. B. Appetithebung, Besserung des Allgemeinbefindens etc., die ja in Prüfungsarbeiten des Nukleogens von anderer Seite oftmals niedergelegt und bestätigt sind, erstens Körperwärmeänderung. Nach den ersten drei bis vier intramuskulären Injektionen von 1,0 trat bei völligem körperlichem Wohlbefinden Temperaturanstieg bis 37,2 und leichte Leukozytose auf. Der Temperaturabfall vollzog sich großenteils nach sechs bis acht Stunden, während die Leukozytose 24 Stunden anzudauern pflegte. Sodann habe ich bei den Harnprüfungen bei keinem der Behandelten irgendeine krankhafte Reizung der Nieren feststellen können, die sich etwa durch Eiweißausscheidung oder ähnliches kenntlich gemacht hätte, wohl aber ließ sich bei einzelnen Fällen von früher konstatierter vermehrter Harnsäureausscheidung nach den Injektionen eine Abnahme dieser vermehrten Harnsäuremenge beobachten. Sodann soll nicht unerwähnt bleiben, daß ich bei den vielen hundert Injektionen der Versuchskette nicht einen einzigen Abszeß erlebte.

Lassen wir die Annahme, daß Anämie oder Chlorose oder die Verbindung beider durch ihr Auftreten eine Nukleinstoffwechselstörung des Organismus anzeigen, zu Recht bestehen, so habe ich als Antwort auf die eingangs gestellten Fragen hinsichtlich der Erkrankungen des Zentralnervensystems, die derartige Begleitsymptome bieten, durch meinen Versuch an Männern folgendes gefunden.

Wir sind wohl in der Lage, diese Begleitsymptome durch geeignete Nukleinbehandlung nach der Seite der Besserung hin zu beeinflussen. Die durch meinen Versuch gezeitigte Blutregeneration enthält in den Jugendformen in den basophilen Punktierungen und in der Hämoglobinzunahme ganz entschiedene Anzeichen, daß Nukleinsäure, in Kombination mit anderen Agentien (in diesem Falle das Nukleogen) Einfluß auf diese Regeneration besitzt bezw. als die Ursache dieser Regeneration anzusehen ist. Mit diesem Resultat verknüpft sich das fernere durch die Körpergewichtszunahme der Behandelten dokumentierte Moment, daß gleichzeitig mit der Ausgleichung im Nukleinstoffwechsel, soweit sie sich im Blut äußerte, eine Änderung im Allgemeinbefinden auftrat, die wohl auf eine Besserung auch im Haushalt der Lipoide schließen läßt. Von den Erwägungen, warum solche Veränderungen, namentlich auch die erheblichen Gewichtszunahmen durch derartige Behandlung herbeigeführt werden können, seien hier nur die zwei wissenschaftlich bekannten Tatsachen angeführt: daß der Körper bei zweckmäßiger Eiweißverabreichung und Anregung durch chemische Agentien leichter fähig gemacht wird, die ihm durch die gewöhnliche Nahrung eingeführten Stoffe, die sonst unabgebaut passierten, zum Körperhaushalt zu verwenden. Zweitens ist durch Stannio und Masing und Morawitz festgestellt worden, daß junge Blutzellen viel organisch gebundenen Phosphor und Purinbasen enthalten, und daß in ihnen ein sehr

lebhafter Gaswechsel statthat: daß bei Anämien der Sauerstoffverbrauch und die Zehrung im Blute um so stärker ist, je schwerer die Anämie und daß diese Zehrung bei Besserung des Blutbildes bald schwindet, ja die Norm erreicht, ehe noch das Hämoglobin zur normalen Grenze wiederkehrte.

Jedes Urteils über die Frage der Besserungsmöglichkeit von Psychosen durch solche Therapie muß ich mich gegenüber diesen Vorversuchen unbedingt enthalten, während die bekannte Tatsache, daß die mit Anämie verbundenen nervösen Syndrome auf diesem Wege besserungsfähig sind, auch an dieser Stelle von mir nur bestätigt werden kann.

Es werden vielleicht die Herren der Praxis, welche genötigt sind, in Frühfällen von Erkrankungen des Zentralnervensystems eine Behandlung einzuleiten, diesen Begleiterscheinungen seitens des Blutbildes ihre Aufmerksamkeit widmen, um auch auf dem von mir eingeschlagenen Wege durch ihre helfende Hand den erkrankten Organismus zum mindesten vor vorzeitiger Verarmung in seinen lebensnotwendigsten Stoffen und vor möglichen schwereren Folgeerscheinungen zu bewahren.

Es bleibt mir zum Schluß heute schon die angenehme Pflicht, der Verwaltung des physiologisch-chemischen Laboratoriums Rosenberg-Berlin für die weitgehend bereitwillige Verfügungstellung von Material auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Abderhalden: Parenterale Zufuhr von Kohlehydraten. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXIX.

Abderhalden und Pinkussohn: Serologische Studien mit Hilfe der optischen Methode. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXIV.

Abderhalden, London und Schittenhelm: Über den Nukleinstoffwechsel des Hundes bei Ausschaltung der Leber. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXI.

Alers: Tatsachen und Probleme der Stoffwechselpathologie in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie. Journal f. Psych. u. Neurol., Bd. XVI.

Ambard: Rapports de la quantité et du tause de l'urée dans l'urine, la concentration de l'urée du sang étant constante. Compt. rend. biol., Bd. LXIX.

Caccio: Contributo allo distribuzione ed alla fisiopatologia cellulare di lipoidi. Arch. f. Zellforsch., Bd. V.

Claud und Blanchetière: Recherches sur les troubles de la nutrition dans quelques maladies du système nerveux. Journ. de physiol. et de pathol. général, T. XI.

Dammann: Nukleogen bei Krankheiten des Nervensystems. Deutsche Medizinalzeitung, 1907, Nr. 71.

Dorn: Beitrag zur Arsen-Phosphor-Eisen-Therapie mit besonderer Berücksichtigung des Nukleogens. Fortschritte der Medizin, 1908, Nr. 20 und 21.

Fauvel: Sur quelques particularités de l'excrétion urique. Compt. rend. biol., T. LXVI.

v. Fieandt: Beiträge zur Kenntnis des Baues und der Anordnung der Neuroglia. Arch. f. mikr. Anat. und Entwicklungsgesch., Bd. LXXVI.

Fränkel: Über die Chemie des Gehirns. Wiener klin. Wochenschr., 1910, S. 1143.

Fränkel: Über Lipoide. Biochem. Zeitschr., Bd. 19.

Fränkel und Mitarbeiter: Über Lipoide, chem. Zusammens. des Rückenm. Über das Sahidin aus Menschenhirn. Biochem. Zeitschr., Bd. 24 bis 28.

Frank und Schittenhelm: Beitrag zur Kenntnis des Eiweißstoffes. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXX.

Frank und Schittenhelm: Über die Umsetzung verfütterter Nukleinsäure beim normalen Menschen. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXIII.

Handovsky: Fortschritte in der Kolloidchemie der Eiweißkörper. Ph. Steinkopf, Dresden.

Hermann: Lehrbuch der Physiologie. Hirschwald, Berlin, 1910.

Heubner: Versuche über den Nahrungsphosphor. Münch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 48.

Hierowka: Über den Einfl. langdauernder Nukleinsäureverfütterung auf d. Purinstoffwechsel u. die Allantoinausscheidung. Biochem. Ztsch., Bd. XXVI.

Hoppe: Die Verwendung des Nukleogens bei nervenkranken Kindern. Therapie der Gegenwart, 1907, Nr. 11.

Itten: Heilversuche mit Nuklein-Injektionen bei Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII, H. IV.

Kaiserling: Mod. Anschauungen über Verfettung und Fettwanderung. Med. Klinik, 1911, Nr. 14.

Kaufmann: Beitrag zur Nukleogenbehandlung. Therapeutische Rundschau, 1908, Nr. 12.

v. Körösy: Weitere Beiträge über parenterale Eiweißzufuhr. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXIX.

Kowalewsky: Über die Zusammensetzung der Nukleinsäure aus Hefe. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXIX.

Kraepelin: Psychiatrie. Barth, Leipzig, 1909.

Küster: Beiträge zur Kenntnis des Blutfarbstoffs. Zeitschr. f. phys. Chem., Bd. LXVI.

Lewandowsky: Handbuch der Neurologie. Springer, Berlin, Bd. I.

Masing und Morawitz: Blutbildung. Dt. Arch. f. klin. Med., Bd. XCVIII.

Masing und Siebeck: Über das Hämoglobin in normalen und patholog. Zuständen. Dt. Arch. f. klin. Med., Bd. XCVIII.

Mendel, Lafayette und Lyman: The metabolism of the purines in man. Soc. f. exp. biol. and med., Bd. VII.

Neuberg: Handbuch der Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten. Springer, Berlin, 1911.

v. Noorden: Über Chlorose. Med. Klin., 1910 Nr. 1.

Pappenheim: Technik der klin. Blutuntersuchung. Springer, Berlin, 1911.

Pauli: Die kolloiden Zustandsänderungen von Eiweiß.

und ihre physiolog. Bedeutung. Pflügers Archiv f. die ges. Physiol., Bd. CXXXVI.

Peritz: Biochemie des Zentralnervensystems. Fischer, Jena.

Peritz: Über das Verhältnis von Lues, Tabes und Paralyse zum Lezithin. Zeitschr. f. exper. Pathol., Bd. V.

Pölzl: Über menstruelle Veränderungen des Blutbefundes. Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 7.

Scaffidi: Richerche sul ricambio purinico negli animali trattati con acido nucleinico. Lo speriment, Bd. LXIII.

Schlesinger: Über Nukleogenanwendung bei Neurasthenie. Med. Klin., 1907, Nr. 41.

Schramm: Über die intramuskuläre Anwendung eines neuen arsen- und phosphorhaltigen Eisenpräparates. Med. Klin., 1908, Nr. 18.

Stauffacher: Beiträge zur Kenntnis der Kernstrukturen. Zeitschr. f. wiss. Zoo., Bd. XCV.

Stepp: Bedeutung der Lipoide für die Ernährung. Zeitschr. f. Biologie, 1911, Bd. 57.

Tomasinelli: Circolazione del fosfore nell' avvelenamento acuto. Arch. di fisiol., Bd. VI.

Völtz und Bandrexel: Die Verwertung der Hefe im menschlichen Organismus. Biochem. Zeitschr., Bd. 30.

Weißmann: Über weitere Erfolge mit Nukleogen bei Anämie und Chlorose. Ärztliche Rundschau, 1909.

Mitteilungen.

— Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Cramer** hat den **Ruf** an die psychiatrische Universitätsklinik zu **Berlin abgelehnt** und wird der Universität Göttingen treu bleiben. Daß Geheimrat Cramer diesen Entschluß gefaßt hat, ist, wie die „Tägliche Rundschau“ vom 14. Februar meldet, hauptsächlich den Provinzialbehörden zu danken, die alles getan haben, um den geschätzten Gelehrten und Arzt der Universität Göttingen und der Provinz Hannover zu erhalten. — Die „Vossische Zeitung“ vom 10. Februar, Abendausgabe, hatte zu der — verfrühten — Mitteilung, daß Geheimrat Cramer den Ruf angenommen habe, bemerkt: „Die Universität Berlin ist zu der Akquisition dieses hervorragenden Forschers und Lehrers nur zu beglückwünschen. Cramer hat namentlich mit der Ausgestaltung der Stellung der geistig Minderwertigen im modernen Strafrecht sich eingehend wissenschaftlich beschäftigt und durch seine literarische Tätigkeit auf die Reform dieses wichtigen Teiles der Strafgesetzgebung im Verein mit anderen hervorragenden Psychiatern und Rechtslehrern bedeutenden Einfluß ausgeübt. . . . Außer zahlreichen Abhandlungen über die pathologische und normale Anatomie des Zentralnervensystems sind seine „Gerichtliche Psychiatrie für Mediziner und Juristen“ von Bedeutung und seine zahlreichen Aufsätze und Referate auf Kongressen über die geistig Minderwertigen, über die Ursachen der Nervosität der Kinder etc. In der Frage der Fürsorgeerziehung hat er darauf hingewiesen, daß eine große Zahl der Fürsorgezöglinge zu diesen geistig Minderwertigen gehört und deshalb fachärztlicher Beaufsichtigung bedarf. In Rasemühle bei Göttingen hat er nach dem Beispiele des Hauses Schönow ein Sanatorium für Minderbemittelte ins Leben gerufen, das die Provinzialverwaltung nach seinen Ratschlägen errichtete. Auch auf die Bedeutung des Alkohols für die Psychiatrie hat er durch Wort und Schrift hingewiesen und die praktische Fürsorge gefördert.“

Referate.

— Bergmann, Dr. med. Wilh., leitender Arzt an der Kaltwasserheilanstalt in Cleve am Niederrhein. Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. Herdersche Verlagshandlung, Freiburg i. Br., 1911.

Verf. sucht im ersten Teil seines für Ärzte und Kranke gleichwichtigen Buches den Neurastheniker über die Art und Ursache seines Leidens aufzuklären und besonders dahin beruhigend zu wirken, daß seinen häufig so lästigen und vielfachen Beschwerden keine organische Ursache, sondern nur eine Schwäche des Nervensystems zugrunde liegt, die sich bald in gesteigerter Reizbarkeit, bald in krankhafter Ermüdung zu erkennen gibt usf.

Der zweite Teil handelt von der Beseitigung dieser nervösen Zustände. Hier redet Verf. mit Recht einer zielbewußten Psychotherapie das Wort, ohne daß er einseitig die anderen mehr somatischen Faktoren der Therapie funktioneller Nervenleiden ausschaltet.

Soll die Behandlung Erfolg haben, muß der Pat. selbst auch sein gutes Teil dazu beitragen, und danach mit Energie streben, die psychotherapeutischen Winke und Mahnworte des Arztes zu beherzigen, indem er tätig mit eingreift, die Herrschaft eines gesunden Willens usf. wiederzugewinnen.

Dies ist die Selbstbefreiung.

Heinicke-Waldheim.

— Müller, G. E., Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufes. I. Teil. (Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, begründet von Herm. Ebbinghaus und Artur König, herausgegeben von F. Schumann und J. Richard Ewald. Ergänzungsband 5. Leipzig, Verlag von J. A. Barth, 1911.

Angeregt durch einen Fall eines übernormalen Gedächtnisses, hat sich Verf. an der Hand dieses und einer Reihe anderer Fälle, deren Gedächtnis sich etwa in normalen Grenzen hielt, der mühsamen Aufgabe unterzogen, eine eingehende Analyse der beim

Lernen und Hersagen stattfindenden psychischen Vorgänge zu schaffen. Im ersten Abschnitt dieses Werkes macht uns Verf. besonders mit den Gedächtnistypen (visueller, akustischer, motorischer Typus) und ihrem gelegentlich auch gemischten Vorkommen bekannt. Interessant ist dabei die Beobachtung bei einem Blinden, der deutlich akustischen Charakter seines Lernens von Reihen verriet. Nie hatte er dabei Erinnerung an die Blindenschrift. Diese trat nur ein, wenn er sich etwas mittels Blindenschrift Gelerntes wieder vergegenwärtigte.

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich eingehend mit der bei wissenschaftlichen Untersuchungen über das Gedächtnis unentbehrlichen subjektiven Beobachtung, also mit der Selbstbeobachtung, mit ihrem Wesen, ihren Fehlerquellen und dementsprechend nötigen Vorsichtsmaßregeln und Kunstgriffen.

Der dritte Abschnitt ist der Untersuchung des hervorragenden Gedächtnisses des Dr. Rückle gewidmet. Das Zahlengedächtnis Dr. R.s überwiegt bei weitem das der bekannten Rechenkünstler Inaudi und Diamandi. Das Gedächtnis Dr. R.s ist aber auch sonst von besonderer Güte. Sein Gedächtnistypus ist vorwiegend visuell, aber auch gelegentlich akustisch-motorisch; er lernte natürlich in Komplexen, nicht Ziffer für Ziffer; auch benutzte er beim Lernen von Zahlenreihen kleine Hilfen, wie die Rechenkünstler zum Teil auch, die ihm aus seiner vorzüglichen mathematischen Befähigung resultieren; z. B. merkte er sich 548519, weil die Differenz der ersten und zweiten Hälfte des Komplexes die Primzahl 29 sei; mnemotechnische Hilfsmittel wendete er nicht an.

Interessant sind Dr. R.s Bemerkungen über zweckmäßiges Vorgehen beim Lernen. Man muß die Lernarbeit richtig einteilen. Fabelhaft ist auch die Befähigung Dr. R.s im Kopfrechnen; 11339 in vier Quadrate zu zerlegen, wurde von ihm nach 56 Sekunden gelöst; Inaudi brauchte dazu 15 Min.; Inaudi war ihm aber in den elementaren Rechenoperationen überlegen. Den Schluß dieses Abschnittes bilden allgemeine Bemerkungen über die Fälle von ungewöhnlichem Zahlengedächtnis und über die hervorragendsten Spezialgedächtnisse überhaupt.

Im vierten Abschnitt endlich spricht Verf. ausführlich über das Wesen der Komplexbildung beim Lernen; er gibt dann noch einige allgemeine Erläuterungen über die Benutzung des Rhythmus beim Lernen, das Lernen ohne Komplexbildung usf., um schließlich mit allgemeinen Bemerkungen über die Ökonomik des Lernens zu enden.

Heinicke-Waldheim.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 48. 24. Februar **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen. Referiert von J. Bresler. (S. 479.) Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Aerzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Von Dr. med. Kurt Schroeder, Alt-Scherbitz. (S. 481.) — Mitteilungen (S. 485): Die Anstalten für Psychischkranke in Deutschland, Oesterreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. 50jähr. Jubiläum der St. Petersburger psych. Gesellschaft. Eduard-Hitzig-Stiftung. — Personalnachrichten (S. 486).

Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen.

Nach: „Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Neuroglia und ihrer Beziehungen zu den Abbauvorgängen im Nervengewebe". Von Alois Alzheimer. (Mit 8 Tafeln und 11 Textfiguren. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde etc. Herausgegeben von F. Nissl und A. Alzheimer, III, 3. Jena, Fischer.)

Referiert von *J. Bresler.*

Die histopathologischen Methoden, mit denen es gelingt, eine Paralyse, eine senile Demenz, eine Arteriosklerose und einige Formen der Hirnlues voneinander zu unterscheiden (Nisslsche Ganglienzellen-, Weigertsche Glia- und Markscheidenfärbung) *) reichen für die Erforschung der histologischen Veränderungen der Hirnrinde bei den übrigen Psychosen nicht aus. Es handelt sich darum, die feineren Gliastrukturen noch besser darzustellen; denn die Glia bildet außer den Gliafasern noch andere, feinere Strukturen, welche die nervösen Elemente in zarteste Geflechte einhüllen; es steht zu vermuten, daß letztere bei Veränderungen des Nervengewebes ebenfalls Veränderungen erleiden und zeigen. Ferner hat man bei allen Psychosen, welche zur Verblödung führen, eine beträchtliche Vermehrung der fettigen Stoffe in der Hirnrinde gefunden, in manchen Fällen eine ungeheuere Menge von lipoiden Substanzen in den Zellen der Adventitia und in der Pia, selbst eine Umwandlung von Zellen in Fettkörnchenkugeln. Diese große Menge Fett kann nur aus dem Nervengewebe stammen. Es ergibt sich die Aufgabe, die Wege festzustellen, auf welchen die lipoiden Substanzen in jene Zellen gelangen, und die intermediären Abbaustoffe zu suchen, welche die Verwandlung der normalen Gewebsbestandteile der Hirnrinde zu jenen Endprodukten kennzeichnen. Die Marchi-Methode erscheint für diese Zwecke zu grob. Dabei drängte sich gleichzeitig die andere Frage auf, ob jene Abbauprodukte nicht etwa wenigstens teilweise Nährstoffe des Nervengewebes sind, die durch pathologische Vorgänge verändert und (oder) zurückgehalten werden.

In diese Dinge hat Alzheimer durch seine Untersuchungen Licht zu bringen sich mit Erfolg bemüht. Die verschiedenen Färbemethoden werden eingehend geschildert. Alzheimer beschreibt zunächst den Bau der normalen Neuroglia, insbesondere die, das ganze zentrale Nervensystem durchziehenden gliösen Netze, durch die Verästelungen der zarten protoplasmatischen Fortsätze der Gliazellen gebildet, von Held entdeckt, der auch die Füllnetze Bethes und die Golginetze für Teile des Gliaretikulums hält und die Glia selbst für synzytiales Gewebe erklärt, ferner Helds Gliagrenzhäute (die Membrana neuro-

*) Wozu ganz besonders Alzheimers „Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse", Jena, 1904, wesentlich beigetragen haben. — In diesem Zusammenhang sei noch auf die übrigen einschlägigen Studien Alzheimers hingewiesen: Die arteriosklerotische Atrophie des Gehirns. Arch. f. Psych., 1897, Bd. 30. — Über perivaskuläre Gliose. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1897. — Neuere Arbeiten über die Dementia senilis und die auf atheromatöser Gefäßerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Monatsschr. f. Psych., 1898. — Beitrag zur pathol. Anat. der Seelenstörungen des Greisenalters. Neur. Zentralblatt, 1899. — Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 59. — Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1907, Bd. 18.

In Würdigung der Verdienste Alzheimers um die Begründung einer feineren Histologie der Psychosen wurde ihm vom Vorstand der Möbius-Stiftung der Möbius-Preis zuerkannt.

gliae superfizialis und perivaskularis). Am deutlichsten ist das Gliaretikulum in der oberflächlichsten Schicht der Hirnrinde; durch seine Maschen ziehen die Markfasern und in seine Balken sind die Gliafasern eingelagert. Es handelt sich beim Gliaretikulum nicht um ein gewöhnliches Zellprotoplasma. Unter pathologischen Verhältnissen gelingt es aber nicht, dieses Gliaretikulum mit der Betheschen Methode deutlich sichtbar zu machen, dagegen viel leichter mit anderen Methoden, besonders in stark atrophischen Rinden. In der normalen Rinde kann man zwei Arten von Gliazellen auseinanderhalten: solche mit einem weit verästelten protoplasmatischen Zellleib, die auch Fasern bilden können, und solche, an denen man mit den bisherigen Methoden nur einen kleinen rundlichen Zellkörper von mehr körniger Beschaffenheit, oft durch eine Schrumpflücke vom Kern abgerissen, erkennen kann. Über das Verhältnis beider Formen zueinander und zum Gliaretikulum, sowie über ihre biologische Bedeutung herrscht noch keine Klarheit.

Bei stärkeren Zerfallserscheinungen im Nervengewebe erscheinen viele Gliaelemente durchaus selbständig; sie nehmen eigenartige Formen an, assimilieren Zerfallstoffe und zerfallen selbst wieder, ohne Gliafasern gebildet zu haben. Vermutlich haben sie sich aus dem synzytialen Verband gelöst. Nach Alzheimer ist die Frage, ob normalerweise zwischen der Membrana gliae und der Adventitia ein wirklicher perivaskulärer Lymphraum sich befindet, noch nicht völlig geklärt; er bringt aber den Nachweis, daß unter pathologischen Verhältnissen perivaskuläre Räume zu finden sind (und zwar sind sie nicht künstlich durch Schrumpfung entstanden), daß die perivaskuläre gliöse Grenzmembran eine Auflösung erfahren kann, und daß sich in diesen perivaskulären Räumen ein wesentlicher Teil der Abbauvorgänge im Nervengewebe abspielt. Auch die Oberflächenmembran kann sich unter krankhaften Verhältnissen auflösen. Die perivaskulären Räume sind nicht präexistierende Lymphräume, sie gehören zum Nervengewebe; es finden sich Gliazellen in ihnen, keine mesodermalen Elemente.

Das vierte, umfangreichste Kapitel behandelt die pathologischen Veränderungen der Neuroglia bei schweren akuten Erkrankungszuständen des Zentralnervensystems. Alzheimer beschreibt zunächst die von ihm entdeckten und als „amöboide Gliazellen" bezeichneten Zellen, welche besonders bei akuten Seelenstörungen in Mark und Rinde gefunden werden, kurzlebige Gebilde, die wegen des rasch ablaufenden Lebenszyklus meist in dem gleichen Schnitt alle ihre Entwicklungsstadien aufweisen, und mit deren Auftreten der Untergang alter Gliaelemente Hand in Hand zu gehen scheint. Da diese amöboiden Gliazellen rasch entstehen und vergehen, erzeugen sie keine Gliafasern. Der amöboide Charakter ist besonders deutlich im Mark, die in der Rinde vorkommenden Formen weichen von diesem Typus teilweise erheblich ab; allen Formen dieser amöboiden Zellen aber gemeinsam ist, daß in ihnen bei ihrer Rückbildung folgende Granula entstehen: die fuchsinophilen, die Lichtgrüngranula, die lipoiden Körnchen und Zystchen, die Methylblaugranula und die fibrinoiden Granula. Diese Gebilde werden genau beschrieben und sind in den prachtvollen Originalfärbungen reproduziert. Die amöboiden Gliazellen der Rinde häufen sich in großer Zahl um die Ganglienzellen herum, drücken sich sogar vielfach in die Ganglienzellen hinein, pressen den Zellkern zusammen und verändern die Gestalt der Protoplasmafortsätze; auch um die Gefäße sind sie gleichzeitig angehäuft.

Besonderes Interesse erwecken die mit der Weigertschen Gliamethode dargestellten fibrinoiden Granula aus der Hirnrinde von Dementia praecox, Angstpsychose und schweren Infektionsdelirien.

Die um die Gefäße angehäuften amöboiden Gliazellen bieten ebenfalls Zeichen des Verfalls. Sie befinden sich in den wahrscheinlich durch Auflösung der gliösen Grenzmembran gebildeten perivaskulären Räumen neben eigenartigen Stoffen, die, wenigstens zum Teil, Gerinnungsprodukte aus einer pathologischen Gewebsflüssigkeit sind. Gleichzeitig mit diesen Veränderungen erscheinen viele Zellen der Adventitia und gewisse Zellen des adventitiellen Lymphraumes in Fettkörnchenzellen umgewandelt. Mit diesen Veränderungen geht meist auch in der Pia eine Veränderung einher, die sich in Ablagerung verschiedenartiger, extrazellulärer Stoffe, in Vermehrung der zelligen Elemente und Umwandlung derselben in mit lipoiden Produkten beladene Körnchenzellen bekundet. Alzheimer betont, daß mikroskopisch nachweisbare Umbildungen an den weichen Hirnhäuten schon dann eintreten, wenn das Nervengewebe noch gar nicht atrophiert ist, ja wenn eine Schwellung der Ganglienzellen und eine erhebliche Vermehrung des gliösen Plasmas (infolge massenhaften Auftretens amöboider Zellen) eher eine Volumszunahme des Gehirns bedingen muß. Bisher glaubte man, daß, abgesehen von meningitischen, paralytischen, arteriosklerotischen etc. Veränderungen, die Pia nur infolge Rindenverschmälerung eine Verdickung erfahre. Auf

der Höhe der Windungen sind die Piaveränderungen weniger ausgeprägt als in den Furchen. — Als Füllkörperchen bezeichnet Alzheimer eigenartige, mit dem Auftreten der amöboiden Zellen eng verknüpfte, in großer Menge in Schnitten des Zentralnervensystems vorkommende extrazelluläre „kleinere und größere, rundliche und eckige, bald zerstreut im Nervengewebe, bald zu Haufen oder mosaikartigen Felderungen zusammengefügte Gebilde, die sich wenigstens zu Anfang mit Lichtgrün, Methylblau und Malloryschem Hämatoxylin intensiv färben, später aber ihre Färbbarkeit mehr und mehr einbüßen und einer Auflösung zu verfallen scheinen. Die Beobachtung spricht dafür, daß sie jedenfalls zum größeren Teile aus dem Zerfall pathologisch veränderter Gliastrukturen hervorgehen." Besonders um die Gefäße herum bilden sie vielschichtige dicke Mäntel; mit Zellen stehen sie nicht in Verbindung. Ihre Entstehung geht vielleicht so vor sich, daß Gliafasern mit ihrem Plasma aufquellen, daß dann diese gequollenen Strukturen zerfallen und sich dabei jene Füllkörperchen bilden; auch aus protoplasmaartigen Fortsätzen von Gliazellen dürften sie durch Umwandlung und Zerfall entstehen. — Mit dem Auftreten amöboider Gliazellen scheinen auch die übrigen normalen Gliastrukturen, manchem Befunde zufolge, wesentliche Veränderungen zu erfahren, besonders kann die faserige Glia in großer Ausdehnung zugrunde gehen, so daß bei bestimmten Krankheitsprozessen mit der Weigertschen Methode keine oder nur sehr dürftige Fasern darstellbar sind. — Amöboide Gliazellen und neugebildete faserige Glia entwickeln sich bei Paralyse häufig von vornherein nebeneinander, ähnlich bei endarteriitischen luetischen Prozessen und bei seniler Demenz. Bei akuter Dementia praecox dagegen z. B. besteht oft neben den amöboiden Zellen keinerlei Neigung zu Faserbildung, in den chronischen Fällen fehlt sie manchmal ganz, bei der genuinen Epilepsie ist sie meist auf die Oberflächenschicht oder das Marklager beschränkt, beim Alkoholismus ist sie unbedeutend, ebenso bei vielen Formen der Idiotie. — Bei Krankheiten, die aus einem akuten, vermutlich mit Bildung amöboider Zellen verknüpften Stadium in ein chronisches, stationäres übergegangen sind, scheint sich bezüglich der Glia wieder ein dem ursprünglichen Zustand ähnlicher auszubilden, doch bleiben auch Abweichungen zurück, die aber noch genauer durchforscht werden müssen; einige Befunde teilt Alzheimer mit. Fettzystchen kommen auch in faserbildenden Gliazellen vor, ebenso fuchsinophile Granula; in den großen Zellen dieser Art trifft man statt der lipoiden Zystchen solide Fettkörnchen oder -kugeln. Manche amöboide Zellen zeigen Dauerformen; Alzheimer beschreibt einige davon; ferner kompliziertere, anscheinend dauerhaftere, eine Art Narbenbildung darstellende Gliastrukturen, die unter Mitwirkung von, der amöboiden Glia nahestehenden Zellen zustande kommen, und netzige plasmatische Bildungen, ebenfalls von diesen Zellen stammend. In einem Herd fanden sich fasernerzeugende, abbauende und das Retikulum bildende Gliaelemente nebeneinander. — Bei Psychosen im chronischen Stadium, z. B. Dem. praecox, sah er öfter um das Gefäß herum eigenartige, geflechtähnliche, aus amöboiden Zellen sich entwickelnde Gebilde und plasmatische Gliafortsätze, die den perivaskulären Raum überbrücken und sich an die Adventitia anlegen; ferner Lichtungen des Gewebes in der Nachbarschaft der Gefäße (Residuen von Zirkulationsstörungen). (Schluß folgt.)

Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke.

Von Dr. med. *Kurt Schroeder*, Arzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat auf seiner Jahresversammlung zu Berlin, am 2. Oktober 1910, auf Antrag der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen beschlossen, daß alle fünf Jahre statistische Zusammenstellungen der Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Anstaltsärzte gemacht und veröffentlicht werden sollen. Als Mitglied der genannten Kommission bin ich mit der weiteren Bearbeitung dieser Angelegenheit beauftragt worden und lege im folgenden die erste Zusammenstellung vor.

Allen Herrn Anstaltsleitern, die mich durch Ausfüllung der übersandten Fragebogen unterstützt haben, sage ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank. Abgesehen von diesen Direktorialauskünften stützt sich die Zusammenstellung auf Mitteilungen des Königl. Sächsischen Ministeriums des Innern, des Herrn Landeshauptmanns der Rheinprovinz, der Deputation für die städtische Irrenpflege zu Berlin und des Krankenpflegamtes zu Dresden.

Erklärung der einzelnen Abschnitte.

Die Abschnitte bedeuten der Reihe nach:

a) Gehalt der Assistenzärzte.
b) Anstellungsbedingungen und Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit.
c) Gehalt der Abteilungsärzte.
d) Gehalt der Oberärzte.
e) Gehalt der Direktoren.
f) Wieviel Kranke entfallen auf einen Arzt? Wieviel Prozent des Durchschnittsbestandes beträgt die Aufnahmeziffer?
g) Höhe des Fonds zur Teilnahme an Versammlungen etc. und dessen Verwendung.

I. Landesanstalten.

1. Provinz Brandenburg.

a) 1800 bis 2400 M. steigend zweimal nach je einem Jahre um 100 M., zweimal nach je zwei Jahren um 200 M. Daneben freie Station im Werte von 800 M. — Bei Vorbildung höheres Anfangsgehalt.

b) Seit 1908 Ausnahmebestimmungen, die zurzeit noch gelten. Danach wird jeder Assistenzarzt nach einer mindestens ein Jahr umfassenden psychiatrischen Tätigkeit, von der sechs Monate im brandenburgischen Provinzialanstaltsdienst zurückgelegt sein müssen, zum Anstaltsarzt befördert. — Es ist beabsichtigt, zu den Normalbestimmungen vor 1908 allmählich zurückzukehren. Sie lauten: Die ärztliche Wirksamkeit außerhalb einer brandenburgischen Provinzialanstalt wird für das Beförderungsdienstalter insoweit angerechnet, als sie an einem Krankenhause zurückgelegt ist und zwei Jahre nicht übersteigt. Solange die psychiatrische Tätigkeit aber noch nicht zwei Jahre und davon ein Jahr im brandenburgischen Anstaltsdienst erreicht hat, ist die Beförderungsfähigkeit aufgeschoben. Für die Ablegung des Kreisarztexamens gelangt ein halbes Jahr (180 Tage) auf das Beförderungsdienstalter in Anrechnung.

c) 3600 bis 4800 M. Alle drei Jahre um 400 M. Pensionsberechtigung. Hinterbliebenen-Versicherung. Sechsmonatliche Kündigung. Daneben Familienwohnung (für Verheiratete) oder Wohnungsgeldzuschuß. Für Gartenbenutzung pro Ar 3 M. Pacht. Das Besoldungsdienstalter beginnt ein halbes Jahr nach der Approbation. Beförderung zum Oberarzt erfolgt nach Maßgabe freiwerdender Stellen (jetzt meist nach drei bis fünf Jahren). Wenn der Inhaber einer Anstaltsarztstelle länger als sechs Jahre darin verbleibt, so ist der Provinzial-Ausschuß ermächtigt, für diesen Inhaber die Arztstelle in eine Oberarztstelle umzuwandeln.

d) Oberärzte lebenslänglich angestellt. 4600 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Die beiden ersten Oberärzte jeder Anstalt haben je 600 M. Stellenzulage als Stellvertreter des Direktors.

e) 5200 bis 10000 M., steigend alle drei Jahre um 800 M. Daneben freie Wohnung. Es wird jedoch das Besoldungsdienstalter des Direktors zurückdatiert auf die Anstellung als Oberarzt.

f) Eberswalde: 118 Kranke. 40%. Teupitz: 150 Kranke. 53%. Neuruppin: ca. 150 Kranke. 23%. Landsberg a. W.: ca. 140 Kranke. ca. 30%. Sorau: ca. 130 Kranke. 25%.

g) 4000 M. für alle Anstalten der Provinz. Pauschalsummen von durchschnittlich 100 bis 400 M.

2. Provinz Hannover.

a) 2000 bis 2400 M., alljährlich steigend um 200 M. Daneben freie Station im Werte von 1200 M.

b) Nach dreijähriger Tätigkeit an hannoverschen Anstalten (oder wenn die Kreisarztprüfung abgelegt ist, schon früher) werden die Assistenzärzte als Abteilungsärzte mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen lebenslänglich angestellt. Auf diese dreijährige Dienstzeit kann eine an anderen deutschen Anstalten, Kliniken oder Krankenhäusern zugebrachte Dienstzeit bis zu 1½ Jahren angerechnet werden. Bei der festen Anstellung als Abteilungsarzt kann hinsichtlich des Besoldungsdienstalters ein Zeitraum bis zu drei Jahren, die der Anzustellende an anderen deutschen Krankenanstalten zugebracht hat, abzüglich der auf die Assistenzarztzeit etwa angerechneten Periode, angerechnet werden.

c) 3600 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre siebenmal um 400 M., einmal um 200 M. Für Verheiratete freie Wohnung, Licht, Feuerung und Garten zum Werte von 1000 M. Für Unverheiratete freie Wohnung, Feuerung, Licht zum Werte von 800 M. oder statt dessen Entschädigung von 800 M. Keine freie Arznei. Beförderung zum Oberarzt nach Maßgabe freiwerdender Stellen.

d) 4600 bis 7200 M., steigend von drei zu drei Jahren sechsmal um 400 M., einmal um 200 M. Außerdem dieselben Nebenbezüge wie Abteilungsärzte. Ein Oberarzt an jeder Anstalt.

e) 6500 bis 9000 M., steigend von drei zu drei Jahren viermal um 600 M., einmal um 100 M. Daneben freie Wohnung, Licht, Feuerung und Garten im Werte von 2000 M.

f) Hildesheim: 134. 43%. Lüneburg: 120. 37%. Osnabrück: 150. 43%. Göttingen: 80. 80%. Langenhagen: 147. 61%.

g) 3000 M. für alle hannoverschen Irrenanstalten. Pauschalsumme.

3. Provinz Hessen-Nassau.

Regierungsbezirk Kassel.

a) 1500 bis 2000 M., steigend alle Jahre um 250 M. Daneben freie Station.

b) Assistenzärzte werden nach drei Jahren als „Abteilungsärzte" auf Lebenszeit und mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen angestellt. Der Landesausschuß ist ermächtigt, in besonderen Fällen ausnahmsweise eine an auswärtigen Heilanstalten verbrachte Dienstzeit ganz oder teilweise auf die Dienstzeit als Assistenzarzt anzurechnen.

c) 3200 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre dreimal um 400 M., dreimal um 600 M. und zweimal um 500 M. Daneben erhalten Unverheiratete freie Junggesellenwohnung, Verheiratete freie Familienwohnung nebst Garten oder Wohnungsgeldzuschuß. Keine freie Arznei. Für Heizung werden 3½% des Durchschnittsgehaltes der Stelle in Abzug gebracht. Die Abteilungsärzte erhalten nach neunjähriger Dienstzeit, der eine mindestens dreijährige Assistenzarztdienstzeit vorangegangen sein muß, den Titel „Oberarzt". Ein „Erster Oberarzt", der den übrigen Ärzten übergeordnet ist.

e) 5000 bis 8000 M., steigend alle drei Jahre, dreimal um 600 M., dreimal um 400 M.

f) Marburg: 64. 125%. Merxhausen: 200. 12 bis 14%.

g) Marburg 300 M., über deren Verwendung der Anstaltsdirektor verfügt. Merxhausen 300 M. (zu Studienreisen und Kursen Pauschalsummen; zu Versammlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie Fahrt II. Klasse und Tagegelder; Direktor 12 M., andere Ärzte 10 M.).

Regierungsbezirk Wiesbaden.

a) 2000 bis 2900 M., steigend alle drei Jahre und freie Station im Werte von 1200 M.

b) Abteilungsärzte gibt es nicht. Die Assistenzärzte werden zu Oberärzten nach Maßgabe freiwerdender Stellen befördert. Anstellung als Oberärzte auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen. Frühere Anstaltstätigkeit wird auf die pensionsfähige Dienstzeit in Anrechnung gebracht.

d) 3800 bis 6400 M., steigend alle drei Jahre zweimal um 500 M., dann viermal um 400 M. Der erste Oberarzt erhält 4200 bis 7000 M., steigend alle drei Jahre viermal um 500 M., zweimal um 400 M., daneben freie Familienwohnung, Beleuchtung, Garten, bei der Pension anrechnungsfähig mit 1200 M. Bei freier Station wird 1200 M. in Abzug gebracht.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Daneben freie Wohnung, Licht, Garten, Wagenbenutzung, bei der Pensionsberechnung anrechnungsfähig mit 1500 M.

f) Etwas über 100 Kranke. 30%.

g) 650 M., Fahrt II. Klasse und 12 M. Tagegeld.

4. Provinz Ostpreußen.

a) 1800 bis 2200 M., steigend jährlich um 200 M. Freie Station im Werte von 1000 M.

b) Nach drei Jahren Aufrückung in eine eventuell neu zu schaffende Anstaltsarztstelle. Nach weiteren drei Jahren eventuell Anstellung als Anstaltsarzt auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung für sich und die Hinterbliebenen. Frühere psychiatrische Tätigkeit (an anderen Anstalten oder Kliniken) wird voll angerechnet, nicht psychiatrische nur zum Teil auf Antrag.

c) Anstaltsärzte 3600 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Daneben freie Dienstwohnung im Werte von 800 M. und freie Arznei auch für die Angehörigen. Für Feuerung und Beleuchtung wird 200 M. in Abzug gebracht. Auch Gartenbenutzung muß bezahlt werden (ca. 20 bis 30 M.). Avancement zum Oberarzt nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Anstaltsärzten, die 18 Jahre im Dienste sind, kann noch eine weitere Gehaltserhöhung von 600 M. bewilligt werden, so daß sie im Endgehalt mit den Oberärzten gleichstehen.

d) 4200 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Sonst wie die Anstaltsärzte. Erster Oberarzt Zulage von 300 M. Nach zwei Jahren können Oberärzte auf Lebenszeit angestellt werden.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um 750 M. Freie Wohnung im Werte von 800 M. Für Feuerung und Beleuchtung ist 300 M., für Gartenbenutzung 30 M. zu zahlen.

f) Kortau: 166. 45%. Tapiau: ca. 175 (Neuaufnahmen erst von 1912 ab). Allenberg: 135. 41%.

g) 600 M. (eventuell auch mehr) zu Versammlungen. 12 bis 15 M. Tagegelder + Kilometergelder oder Fahrt II. Klasse + Kursgelder. Zu Studienreisen an fremde Anstalten Pauschale von 300 M.

5. Provinz Pommern.

a) 1800 bis 3000 M., jährlich steigend um 200 M. Freie Station im Werte von 800 M.

b) In der Regel nach drei Jahren Anstellung als Oberarzt mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen. Erfolgt die Anstellung als Oberarzt später als drei Jahre nach dem Eintritt in den

Provinzialdienst, so wird die über drei Jahre hinausreichende Zeit auf das Besoldungsdienstalter angerechnet. Die Anstellung als Oberarzt erfolgt auf Lebenszeit, wenn sich der Arzt mindestens ein Jahr im Provinzialdienst befindet. Auf die dreijährige Wartezeit kann die Dienstzeit in fremden Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern etc. sowie auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt in Anrechnung gebracht werden.

d) 3600 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre einmal um 600 M. und sechsmal um 500 M. Außerdem freie Wohnung, Feuerung, Licht, Garten, Arznei für sich und Familie im Werte von 1020 M.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Außerdem freie Wohnung, Feuerung, Licht, Garten, Arznei für sich und Familie im Werte von 1160 M.

f) Lauenburg: 122. $27^3/_4$%. Treptow: 152. $31^1/_2$%. Ückermünde: 165 (bei Besetzung aller Stellen 110). $26^1/_8$%.

g) 1200 M. bei jeder Anstalt. Zu Versammlungen Direktor und je ein Arzt 150 M. Zu spezialistischer Ausbildung oder zu Fortbildungskursen von viertel- bis halbjähriger Dauer erhält alljährlich ein Arzt an jeder Anstalt 900 M.

6. Provinz Posen.

a) 2000 bis 2500 M., jährlich steigend um 250 M. Freie Station.

b) Nach dreijähriger Tätigkeit in der Provinz kann lebenslängliche Anstellung als Anstaltsarzt mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung erfolgen. Auf die dreijährige Assistenzarztzeit kann auch die in einer anderen als gleichwertig zu erachtenden Stellung zurückgelegte Dienstzeit außerhalb der Posenschen Verwaltung ganz oder zum Teil angerechnet werden.

c) 3600 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre viermal um 500 M., einmal um 400 M. Außerdem freie Familienwohnung mit Garten, Arznei für sich und Familie. Für Beleuchtung und Heizung wird Pauschale abgezogen (105 bis 125 M.). Beförderung zum Oberarzt nur bei eintretender Vakanz.

d) 4200 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. (Sonst wie Anstaltsärzte (Pauschale für Beleuchtung und Heizung 135 M.).

e) 5400 bis 9400 M., steigend alle drei Jahre sechsmal um 600 M., einmal um 400 M. Außerdem Dienstwohnung mit Garten, freie Arznei für sich und Familie, freies Fuhrwerk. (Beleuchtung und Heizung gegen Pauschale von 150 M.)

f) Obrawalde: 110. Owinsk: ca. 100. Kosten: ca. 190. 20%.

g) Bei jeder Anstalt Fonds von 450 M. (doch nicht nur für Ärzte). Für Informationsreisen 150 bis 300 M. Für psychiatrische Kurse Tagegelder 12 M. und Fahrt II. Klasse.

7. Rheinprovinz.

a) 1800 bis 4000 M., steigend alle zwei Jahre zweimal um 250 M. und dann um 200 M. Außerdem freie Station oder dafür 1000 M. Barentschädigung. Bei entsprechender Vorbildung event. höheres Anfangsgehalt.

b) Die Assistenzärzte werden in der Regel nach einer dreijährigen Provinzialdienstzeit zu Anstaltsärzten befördert. Lebenslängliche Anstellung mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenfürsorge. Auf die dreijährige Wartezeit kann angerechnet werden, jedoch nur bis zur Höchstdauer von zwei Jahren, die Tätigkeit an öffentlichen und größeren Privatanstalten ganz, an kleineren Privatanstalten (Sanatorien) zur Hälfte. Die Tätigkeit an sonstigen größeren Krankenhäusern ganz, an kleineren Krankenhäusern (Lungen-, Nervenheilstätten) zur Hälfte; an wissenschaftlichen Instituten ganz, als Militärarzt zur Hälfte. Die Tätigkeit als praktischer Arzt oder als Schiffsarzt überhaupt nicht.

c) 3500 bis 5000 M., steigend alle zwei Jahre um 250 M. Freie Familienwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung und Arznei auch für die Angehörigen oder dafür 880 M. Unverheiratete freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche, Arznei (für Beköstigung ist 800 M. zu zahlen). Beförderung zum Oberarzt nach Maßgabe freiwerdender Stellen.

d) 4500 bis 7000 M., steigend alle zwei Jahre achtmal um 300 und einmal um 100 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung und Arznei.

e) 6000 bis 9500 M., steigend alle zwei Jahre um 500 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung und Arznei. (Direktor in Bedburg nichtpensionsfähige Zulage von 1000 M.)

f) 120; ca. 55%.

g) Jede Anstalt etwa 500 M. Daraus werden Reisebeihilfen bewilligt.

8. Provinz Sachsen.

a) 1800 bis 2600 M., steigend alle Jahre um 200 M. Außerdem freie Station im Werte von 680 M. Bei entsprechender Vorbildung kann höheres Anfangsgehalt gewährt werden.

b) Nach drei Jahren lebenslängliche Anstellung als „ordentlicher Arzt" mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Auf die drei Jahre können

frühere Dienstzeiten in besonderen Ausnahmefällen angerechnet werden.

c) 3600 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre um 400 M. Außerdem erhalten Verheiratete Familienwohnung oder Mietsentschädigung von 1080 M., Unverheiratete Junggesellenwohnung. Für Beleuchtung und Heizung wird Verheirateten 200 M., Unverheirateten 80 M. abgezogen. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

d) 4500 bis 7200 M., steigend alle 3 Jahre, zweimal um 600 M. und dreimal um 500 M. Daneben freie Wohnung und Garten. Für Heizung und Beleuchtung wird 200 M. vom Gehalt abgezogen. Erster Oberarzt 600 M. ruhegehaltsberechtigte Stellenzulage.

e) Keine festen Grundsätze. Zurzeit 10000 M., freie Wohnung, Beleuchtung und Heizung.

f) Nietleben: 126; ca. 33%. Alt-Scherbitz: 130 bis 150. 29%.

g) Nietleben: 1000 M. Alt-Scherbitz: 1100 M. Jerichow: 500 M. Pauschale.

9. Provinz Schlesien.

a) 1800 bis 2000 M., alljährlich steigend um 100 M. Freie Station im pensionsfähigen Werte von 550 M. Verheiratete Assistenzärzte erhalten statt der freien Station 1420 bezw. 1500 M.

b) Nach drei Jahren Anstellung als Abteilungsarzt auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenfürsorge. Frühere ärztliche Tätigkeit kann bis zu drei Jahren auf das Besoldungsdienstalter und die pensionsfähige Dienstzeit angerechnet werden. Auch Tätigkeit als praktischer Arzt wird angerechnet.

c) 3000 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Freie Familienwohnung, Heizung, Gartenbenutzung, freie Arznei für die eigene Person im pensionsfähigen Werte von 550 M. Freie Beleuchtung nur insoweit, als Ersparnisse bei der Heizung gegenüberstehen. Beförderung zum Oberarzt nur bei eintretender Vakanz.

d) Gehalt wie das der Abteilungsärzte. Dazu eine pensionsberechtigte Zulage von 600 M.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Wohnung, Garten, Heizung, pensionsfähig im Werte von 900 M.

f) Kreuzburg: 165. 21%. Bunzlau: 150 bis 160. 28%. Lublinitz: 200; ca. 50%. Tost: 208. 23%. Rybnik: bis 150. 20%. Lüben: ca. 150. 40%. Leubus: 135. Freiburg: 200 bis 230. 15%. Plagwitz: 172. 23%.

g) Kein besonderer Fonds. Pauschale für Kurse, Studienreisen. Zu Versammlungen Tagegelder (9 M.) und Fahrt II. Klasse.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Die **„Anstalten für Psychisch-Kranke** in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern", von Dr. Hans Laehr, sind soeben in der VII. Auflage erschienen. (Berlin, Georg Reimer, Preis broschiert 6 M.) Von Heinrich Laehr begründet, seit Jahrzehnten als Mentor durch die Anstalten des deutschen Sprachgebietes und einiger benachbarter Gebiete bestens bewährt, ist das Buch in der Hand des Sohnes, Hans Laehr, der Aufgabe treu geblieben, den Fachmann wie den praktischen Arzt über die wichtigsten Punkte der Anstalten (Verfassung, Krankenzahl, Ärzte, Verpflegungskosten, Bahnverbindung etc.) zu orientieren. Durch Weglassung mancher Einzelheiten von sekundärer Bedeutung (die übrigens, namentlich soweit sie Geschichtliches betreffen, in den früheren Auflagen zu finden sind) ist es ermöglicht worden, das Hauptziel — möglichste Vollständigkeit — ohne Vermehrung des Umfangs und Erhöhung des Preises zu erreichen. Und eine Durchsicht des Buches zeigt, daß kaum eine Anstalt für Psychisch-Kranke des geographischen Gebiets, für das es gelten soll, vermißt werden dürfte. Den Fachkollegen (auch den nicht reichsdeutschen) wird besonders der „Überblick über die Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen öffentlichen Anstalten" (von Schröder-Alt-Scherbitz) willkommen sein.

Das „Verzeichnis der Anstalten nach Ländern und Provinzen" und die Statistik „Verhältnis der Kranken in den Anstalten für Psychischkranke, Geistesschwache und Epileptische zur Einwohnerzahl der einzelnen Länder" sind bis auf die allerjüngste Zeit fortgeführt und umgearbeitet. Bresler.

— **Fünfzigjähriges Jubiläum der St. Petersburger psychiatr. Gesellschaft.** Am 29. Januar (11. Februar) 1912 beging die St. Petersburger psychiatrische Gesellschaft die Feier ihres fünfzigjährigen Bestehens. Zu diesem Behuf fand eine festliche Sitzung statt unter großer Beteiligung der ärztlichen Welt. Zuerst hielt der Präsident der Gesellschaft, Prof. W. Bechterew, eine Rede „über die Aufgaben der wissenschaftlichen Psychiatrie".

Dann hielt der Vize-Präsident, Prof. P. Rosenbach, einen Vortrag über die Tätigkeit der psychiatrischen Gesellschaft während ihres fünfzigjährigen Bestehens. Darauf folgten Begrüßungen durch Deputationen von seiten zahlreicher ärztlicher Vereine sowohl aus St. Petersburg, als aus der Provinz. Über 40 Deputationen überreichten Adressen. Außerdem trafen über 100 Gratulationsdepeschen ein aus dem ganzen russischen Reich, auch aus dem Ausland.

Aus der zu diesem Tag verfaßten geschichtlichen Übersicht ist zu ersehen, daß die erste Sitzung dieser Gesellschaft im Januar 1862 stattgefunden hat. Ihre Begründer waren acht Irrenärzte, die damals an den wenigen in Petersburg vorhandenen Anstalten wirkten, und zwar Balinski, Gehewe, Herzog, Heyking, Schulz, Stein, Seyffert und Tschechow. Von ihnen ist heute noch einer am Leben, der 83jährige älteste Irrenarzt Rußlands, Dr. Stein. Gegenwärtig besteht die psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg aus 195 Mitgliedern; im Laufe ihres fünfzigjährigen Bestehens wurden ihr 66 Mitglieder durch den Tod entrissen.

Die Vorträge nebst Debatten erscheinen in jährlich herausgegebenen Protokollen. Zu dem Kreis ihrer Tätigkeit gehören außer wissenschaftlicher und praktischer Irrenheilkunde auch die Neurologie mit allen verwandten Fächern.

— **Eduard Hitzig-Stiftung.** Die Witwe des Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Eduard Hitzig, des bekannten Psychiaters an der Universität Halle, Frau Etta Hitzig in Marburg, hat der Berliner Akademie der Wissenschaften 85000 M. zur Begründung einer Stiftung geschenkt, die den Namen „Eduard Hitzig-Stiftung" tragen und wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Funktionslehre des Gehirns belohnen und zu solchen Arbeiten anregen soll.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Hamburg.** In der Nacht vom 14. zum 15. Februar d. Js. starb hier im 80. Lebensjahre der frühere Direktor der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg, Prof. Dr. Reye. Er war etwa 43 Jahre Direktor der Anstalt.

— **Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu bei Bamberg.** Am 1. Februar d. Js. trat Nikolaus Lang aus Treppendorf als Medizinalpraktikant ein.

— **Dr. Landerersche Heilanstalt Christophsbad, Göppingen.** Dr. Muff ist an hiesiger Anstalt am 1. Februar d. Js. als Assistenzarzt angestellt worden.

— **Kortau.** Der Charakter als Sanitätsrat wurde verliehen dem Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. F. Falk.

— **Wuhlgarten.** Der Charakter als Sanitätsrat wurde verliehen dem Direktor der städt. Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten, Dr. O. Hebold.

— **Haus Kannen.** Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat wurde verliehen dem leitenden Arzt der Heilanstalt „Haus Kannen", San.-Rat Dr. Dercken.

— **Teupitz.** Der Rote Adlerorden IV. Klasse wurde verliehen dem Direktor Dr. Knörr.

— **Waldbröl.** Dr. Mack von Goddelau nach Waldbröl übergesiedelt.

— **Heidelberg.** Priv.-Doz. Dr. Willmanns hat den Titel außerordentlicher Professor erhalten.

— **Dziekanka.** Oberarzt Dr. Wickel ist von Obrawalde hierher übergesiedelt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. – Fernspr. Nr. 823.

Nr. 49. 2. März **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt: Artikel: Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen. Referiert von J. Bresler. Schluß. (S. 487.) — Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Aerzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Von Dr. med Kurt Schroeder, Alt-Scherbitz. Schluß. (S. 489.) — Mitteilungen (S. 496): Der badische Hilfsverein für entlassene Geisteskranke. — Referate (S. 497).

Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen.

Nach: „Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Neuroglia und ihrer Beziehungen zu den Abbauvorgängen im Nervengewebe". Von Alois Alzheimer. (Mit 8 Tafeln und 11 Textfiguren. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde etc. Herausgegeben von F. Nissl und A. Alzheimer, III, 3. Jena, Fischer.)

Referiert von *J. Bresler.*

(Schluß.)

Die biologische Bedeutung der amöboiden Gliazellen sieht Alzheimer darin, daß sie rasch die Abbauprodukte des Nervengewebes vorläufig beseitigen oder wenigstens in andere Stoffe umwandeln, die dann später weiter verflüssigt und in den mesodermialen Zellen deponiert werden. — Die amöboiden Gliazellen finden sich nicht im normalen erwachsenen Gehirn (dagegen ähnliche Zellen im fötalen Nervensystem), auch nicht in abgelaufenen Krankheitsprozessen (abgesehen von den Dauerformen); daher auch z. B. nicht bei alten Fällen von Dementia praecox (oder wenn zuletzt noch neue Krankheitsschübe erfolgten) und nicht bei manisch-depressivem Irresein, nicht in stationären Zuständen von Epilepsie, nicht oder nur sehr wenig in alten enzephalitischen Narben, nach Zerfall von Nervengewebe infolge Degeneration, Blutungen, stationärer Paralyse. Dagegen bei schweren Intoxikationsdelirien, bei Status epileptikus, bei Paralyse, seniler Demenz, Lues zerebri, am Rande frischerer Erweichungsherde etc., bei Urämie, Koma usw. Bei vielen Krankheitsvorgängen trifft man die meisten und größten amöboiden Zellen im Marke, besonders in der Markleiste der Windungen, weniger zahlreich in der Rinde. Sie scheinen schon dann aufzutreten, ehe Zerfallserscheinungen an der Nervenfaser nachweisbar werden. Aber sie schädigen nicht die normale Markscheide, indem sie die Abbautätigkeit beginnen, sondern räumen nur fort, was durch den Krankheitsprozeß schon geschädigt ist, und sie vergrößern sich zufolge des von dem pathologischen Markscheidenprodukt ausgeübten Reizes, nicht etwa, weil durch den Zerfall der Nervenfaser mehr Platz geworden ist; vielmehr beansprucht letztere mehr Raum als die normale Nervenfaser. Diese Krankheitsprodukte werden erst in der Gliazelle in Fett aufgelöst. Möglicherweise wird die Bildung amöboider Gliazellen durch Stoffe angeregt, die beim Zerfall des Nervengewebes entstehen, oder auch schon durch pathologische Stoffwechselprodukte. Nur sehr selten wird beobachtet, daß amöboide Gliazellen Teile des zerfallenden Nervengewebes (Granula) selbst in sich aufnehmen; sie wirken im wesentlichen nur auflösend, assimilierend. Die Granula, welche sich in ihnen zuweilen finden, werden erst in ihnen gebildet.

In den Fällen, welche die von Nißl als schwere Zellerkrankung bezeichnete Veränderung der Ganglienzellen zeigten, fand Alzheimer auch eine für die Rinde recht gewöhnliche Form amöboider Gliazellen, deren Bildung durch die Ganglienzellerkrankung in einer ganz ungemein stürmischen Weise angeregt zu werden scheint. Auch hier sprach manche Beobachtung dafür, daß sie eine verflüssigende Wirkung auf das Plasma der kranken und zerfallenden Ganglienzelle ausüben, nichts aber dafür etwa, daß sie Trümmer der Ganglienzellen in sich aufnehmen.

Die Stelle, wo die Ganglienzelle gelegen hat, wird schließlich von einem Haufen amöboider Gliazellen eingenommen.

Bei der Frage der fettigen Degeneration der Ganglienzelle geht Alzheimer davon aus, daß überall dort, wo in physiologischer Breite Fett in den Ganglienzellen sich findet, solches auch in den Gliazellen und in den Zellen der Gefäßwand vorkommt. Von der gemeinsamen Beziehung dieser drei Zellformen zu dem Auftreten fettiger Stoffe scheinen aber unter pathologischen Verhältnissen Ausnahmen vorzukommen. — Die lipoiden Körnchen der Ganglienzellen haben eine Vorstufe in Körnchen, die sich aus dem Zellplasma bilden und sich mit Säurefuchsin färben (fuchsinophile Körnchen, die sich von den sonstigen fuchsinophilen Granula der Ganglienzellen durch ihre erhebliche Größe und ihr etwas lockeres Gefüge auffällig unterscheiden). Mit der Bildung reichlicher lipoider Körnchen geht zunächst eine Anschwellung, oft auch Deformierung der Zelle einher; schließlich zerfällt die Zelle. Diese Vorgänge werden im Original eingehend besprochen, besonders auch Befunde im senilen Zentralnervensystem. — Kurz, es ergibt sich als Aufgabe der amöboiden Gliazellen, das Nervengewebe von Abfallstoffen zu säubern und letztere in eine andere, dem ektodermalen Gewebe weniger schädliche Form überzuführen und dem mesodermalen Gewebe zuzuführen. — Außer obigen pathologischen Formen der fuchsinophilen Granula kommen — bei anderen Erkrankungen — solche vor, die sich von normalen nicht wesentlich unterscheiden und die nur funktionelle Veränderungen zu repräsentieren scheinen und nicht Präprodukte lipoider Stoffe sind.

Weitere Beobachtungen haben Alzheimer zu der Vermutung geführt, daß unter pathologischen Verhältnissen in den Gliazellen Stoffe auftreten, die mit den von Reich entdeckten π-Granula der peripheren Nerven übereinstimmen, vielleicht aber nur färberisch übereinstimmen, nicht morphologisch, — basophil metachromatische Abbauprodukte, die wahrscheinlich einen besondersartigen fettigen Stoff darstellen. Sie finden sich besonders in der weißen Substanz und ihr Vorkommen ist an keine bestimmte Krankheitsform gebunden, auch nicht an den Zerfall der Markscheiden. Sie scheinen der Ausdruck sehr feiner Störungen im Nervengewebe zu sein. — Weitere Abbaustoffe werden als „einfach-basophile“ bezeichnet und beschrieben. In dem Kapitel „Über einige extrazelluläre pathologische Stoffwechselprodukte“ werden die Corpora amylacea beschrieben, von denen Alzheimer annimmt, daß sie aus den Gewebssäften gleichsam niedergeschlagen werden, und zwar schon im Leben; abweichende, aber ähnliche Dinge sind „kleine, meist rundliche, hin und wieder auch ovale, selten unregelmäßig begrenzte Körperchen, kaum von der Größe eines Ganglienzellkernkörperchens, die sich manchmal intensiv mit basischen Farben färben, manchmal kaum etwas Farbe annehmen“; im Nißl-Präparat ist oft das ganze Gewebe davon durchsät. Alzheimer hält es nicht für ausgeschlossen, daß sie vielleicht auch erst durch die Härtungsflüssigkeiten aus dem Gewebe ausgefällt werden, und glaubt, daß es sich ähnlich mit dem Glykogen verhält, das er einige Male gefunden hat, besonders bei Paralysen und infektiösen Delirien. Ferner beschreibt er die von Fischer gefundenen „Drusen“, Ablagerungen eines pathologischen Stoffwechselprodukts in das wahrscheinlich vorher veränderte Gliaretikulum. Von weiteren selteneren Stoffen, die Alzheimer beschreibt, sagt er, daß bezüglich ihrer Bedeutung noch weitere Untersuchungen anzustellen seien.

Die bisher geschilderten pathologischen Stoffe kommen als regelmäßige Erscheinungen des Zerfalls von Nervengewebe oder pathologischer Stoffwechselstörungen sehr verbreitet bei sehr verschiedenartigen Erkrankungen des Zentralnervensystems vor; das Auftreten anderer scheint beschränkt auf eine einzelne Krankheitsform oder eine Gruppe zusammengehöriger Krankheiten. Doch kennen wir nach Alzheimer als hierher gehörig bis jetzt nur die amaurotischen Idiotien und einen einzelnen paralyseähnlichen Erkrankungsfall, der von Dr. Baroncini im Laboratorium der Münchener psychiatrischen Universitätsklinik eingehender untersucht worden ist, möglicherweise gehört hierher auch Sträußlers Fall von kongenitaler Kleinhirnatrophie. Wir übergehen die interessanten Mitteilungen über die für die Ziele der feineren Histologie der Psychosen, speziell der sogen. einfachen, weniger in Betracht kommenden Ergebnisse bei der amaurotischen Idiotie und führen nur das an, daß es sich nach Alzheimer dabei um pathologische Einlagerungen lipoider Stoffe handelt, die aber von denen der senilen Demenz und der gewöhnlichen fettigen Degeneration der Ganglienzellen verschieden, allerdings wohl mit ihnen verwandt sind, und daß er es unentschieden läßt, „ob es sich um ein Haltmachen auf einer früheren Abbaustufe oder um einen abweichenden Abbauvorgang handelt“. Auch hier findet eine Umwandlung der Stoffe in reine Fettstoffe in den Gliazellen und noch mehr in den Adventitialzellen statt und ein Transport der Abbaustoffe gegen

die Gefäße zu. Nach Alzheimer würde es bei diesen Krankheiten am nächsten liegen, die in außerordentlicher Massenhaftigkeit auftretenden pathologischen Produkte einer chemischen Untersuchung zu unterziehen.

Alzheimer stellt die an die amöboiden Zellen gebundenen Degenerationsvorgänge als dritten Typus dem mesodermalen und ektodermalen Typus des Abbaus (Schröder) gegenüber und bezeichnet als vierten Abbautypus einen Prozeß, bei dem „die vorhandenen Gliaelemente ausreichen, die durch den Zerfall des Nervenmaterials gebildeten Stoffe vorläufig aufzunehmen, um sie dann allmählich in die mesodermalen Elemente abzugeben"; dabei werden keine besonderen Formen von Gliazellen gebildet. „In allerdings sehr geringem Grade sehen wir diesen vierten Abbautypus wohl in jedem Gehirn des erwachsenen Menschen angedeutet, so daß es wahrscheinlich ist, daß Abbauvorgänge leichteren Grades in die physiologische Breite gehören. Wenn wir das Vorhandensein lipoider Stoffe in den Ganglienzellen, Gliazellen und Adventitialzellen als pathologisch ansehen wollten, dann würde es kein normales menschliches Gehirn geben."

Durch Alzheimers Untersuchungen erscheinen uns, wie er selbst als Resultat angibt, ungemein schwere Symptome und Krankheitsbilder nunmehr in einem weitergehenden Grade verständlich: der Status epileptikus, schwere paralytische Anfälle, schwere Infektions- und Intoxikationsdelirien, katatonische Erregungszustände. Jeder Zweifel an dem Vorhandensein schwerer organischer Veränderungen bei der Epilepsie und der Dementia praecox sind jetzt beseitigt. Die differential-diagnostische Verwertbarkeit der Befunde ist jedoch noch eine beschränkte. Ein Schnitt eines schweren Intoxikationsdelirs von deliriumakutumartigem Charakter bietet sehr ähnliche Veränderungen wie eine an einer schweren Erregung gestorbene Katatonie, da eben nur die Abbauvorgänge dargestellt werden; es kommt aber noch an auf die Ausbreitung und Lokalisation und eventuell auf die definitiven Ausfälle. Den Veränderungen bei chronischen Zuständen stehen wir oft ganz ratlos gegenüber. Bei Kranken, die in schwerster Erregung gestorben sind, ist es wahrscheinlich, daß wo sich reichlich amöboide Zellen finden, es sich nicht um Manie handelt, und daß das Fehlen aller amöboider Gliazellen gegen Dementia praecox spricht. (Sehr schwere körperliche Erkrankung kann, wie Alzheimer hinzufügt, erfahrungsgemäß auch die Bildung amöboider Gliazellen im Nervensystem anregen.) Beim Status epileptikus hat Alzheimer niemals dieselben runden amöboiden Zellen in der Rinde angetroffen, wie sie z. B. beim Status paralytikus oder bei schweren Infektionsdelirien gewöhnlich sind, — ein Hinweis auf die Möglichkeit der anatomischen Differentialdiagnose von der Form der amöboiden Gliazellen her. — Wichtig ist ferner der Fortschritt in der Erkenntnis, daß die Neuroglia noch andere Zwecke zu erfüllen hat, als den einer Stützsubstanz: Beseitigung der Abfallstoffe und Abfuhr derselben in die Lymphbahnen.*)

So sind uns durch Alzheimers Untersuchungen nicht nur tiefere Einblicke in das pathologische Geschehen in der Hirnrinde und in das Wesen der Krankheitsvorgänge geschaffen worden, sondern es eröffnen sich dabei auch weitere vielversprechende Aussichten für ein besseres Verständnis mancher pathologischer Prozesse im Gehirn, und es steht zu hoffen, daß in gleichem Maße, wie sich um und für seine Forschungsrichtung bereits eine fleißig arbeitende Schule gebildet hat, so auch in weiterem Umkreis sich das Interesse für die methodische Durcharbeitung des anatomischen Materials der Psychosen von neuem und kräftig beleben und an den von Alzheimer vorgezeichneten Grundlinien mit Erfolg orientieren wird.

*) Der das Schlußkapitel bildenden Auseinandersetzung mit Reichardt entnehme ich die wichtige Angabe, daß man bei manchen leichteren Psychosen nach Infektionskrankheiten (nicht bei den infektiösen Delirien) nur Schwellung der nervösen Elemente ohne Anzeichen von Zerfall nervöser Strukturen antrifft, auch keine amöboiden Gliazellen etc. Diese akute Schwellung kann eine recht beträchtliche sein; es finden sich auch stoffliche Veränderungen dabei (Schwund der Nißl-Schollen).

Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke.

Von Dr. med. *Kurt Schroeder*, Arzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz.

(Schluß.)

(Wegen der Bedeutung der einzelnen Abschnitte vergl. die Erklärung auf S. 482 oben der vorigen Nummer.)

10. Provinz Schleswig-Holstein.

a) 2500 M. und freie Station.

b) c) d) Keine Trennung in Abteilungs- und Oberärzte. Beförderung zum Oberarzt erfolgt nicht nach einer bestimmten Reihe von Jahren, sondern nur bei eintretender Vakanz. Gehalt der Oberärzte:

3000 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre, einmal um 600 M., sechsmal um 500 M. Der älteste Oberarzt erhält eine Zulage von 500 M. Frei Familienwohnung, Beleuchtung, Gartenbenutzung. Keine freie Arznei. Die Oberärzte sind auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung angestellt.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre, zweimal um 500 und fünfmal um 400 M.

f) Neustadt: 160. 20%. Schleswig 157 in der Hauptanstalt und 55 in Privat-Pflegeanstalten. 39%.

g) Neustadt: 700 Mark. Tagegelder 15 Mark. Schleswig: ca. 800 Mark.

11. Provinz Westfalen.

a) 1800 bis 2200 M., steigend jährlich um 200 M., und freie Station.

b) Nach drei Jahren Anstellung als Abteilungsarzt auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Frühere ärztliche Tätigkeit kann auf die drei Jahre bis zum Betrage von 2½ Jahren angerechnet werden. Bei psychiatrischer Vorbildung eventuell sofort Anstellung als Abteilungsarzt.

c) 3600 bis 6300 M., steigend alle zwei Jahre um 300 M. Freie Wohnung und Garten. Kohlen, Gas und Elektrizität liefert die Anstalt zum Selbstkostenpreis. Keine freie Arznei. Beförderung zum Oberarzt nur bei eintretender Vakanz. Der bewährteste Bewerber avanciert ohne Rücksicht auf das Dienstalter.

d) 4500 bis 7500 M., steigend alle zwei Jahre dreimal um 400 M., sechsmal um 300 M. Nebenbezüge wie bei den Abteilungsärzten.

e) 6300 bis 9300 M., steigend alle zwei Jahre einmal um 600 M., sechsmal um 400 M. Nebenbezüge wie bei den Abteilungsärzten.

f) Marsberg 141. 40%. Warstein: 160. 30%. Eickelborn: Ein Arzt auf 200 Kranke und 150 Neuaufnahmen. Lengerich: 120. 23%. Aplerbeck: 150 bis 160; ca. 30%.

g) 1000 M. für die Provinz. Zu Versammlungen 12 M. Tagegelder und Fahrt II. Klasse. Teils auch Pauschalsummen.

12. Provinz Westpreußen.

a) 1800 bis 2400 M., steigend jährlich um 100 M., doch kann sofort das Höchstgehalt gewährt werden. Außerdem freie Station.

b) Nach drei Jahren Beförderung zum Anstaltsarzt mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Die vor dem 35. Lebensjahre im auswärtigen Dienste zugebrachte Zeit als Irrenarzt wird als pensionsfähig angerechnet. Andere Dienstzeit nach Vereinbarung, ebenso etwaige Anrechnung anderweiter Dienstzeit auf das Besoldungsdienstalter.

c) 2700 bis 5700 M., alle drei Jahre um 500 M. steigend. Außerdem freie Beköstigung und Wäschereinigung. Verheiratete erhalten dafür 600 M. Entschädigung. Ferner freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung (oder dafür 800 M.), freie Arznei auch für die Angehörigen. Beförderung zum Oberarzt nur bei eintretender Vakanz.

d) 3800 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre dreimal um 600 M., zweimal um 500 M. Stellvertreter des Direktors erhält pensionsfähige Stellenzulage von 600 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung und Beleuchtung im Werte von 800 M. Freie Arznei auch für die Angehörigen.

e) 5400 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Außerdem Dienstwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung.

f) Neustadt: 150. 23%. Conradstein: 150. 21½%. Schwetz: 145. 24%.

g) Neustadt: Fonds 600 M., kann überschritten werden. Zu Kursen 350 bis 400 M. Zu Versammlungen Beihilfe. Conradstein: 900 M. Schwetz: 700 M.

13. Königreich Bayern.

Oberbayern.

a) Eglfing: 1800 bis 2400 M. und freie Station. Gabersee: 2400 M., wovon der Betrag für Beköstigung in Abzug kommt.

b) Nach zwei Jahren Anstellung als Anstaltsarzt; diese erlangen nach zwei weiteren Jahren „Unwiderruflichkeit" mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Ärztliche Tätigkeit in Psychiatrie, an anderen Krankenanstalten und wissenschaftlichen Instituten wird voll angerechnet. Kurze Tätigkeit als praktischer Arzt kann angerechnet werden.

c) 3000 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M., das erste Mal aber schon nach zwei Jahren. Daneben Verheiratete freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, die aber nicht pensionsberechtigt sind. Unverheiratete Station I. Klasse exkl. Kost (diese für 55,50 M. monatlich). Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintreten einer Vakanz.

d) Die drei dienstältesten Anstaltsärzte können zu Titularoberärzten befördert werden: 4800 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre viermal um 500 M., einmal um 400 M. Nebenbezüge wie Anstaltsärzte. Dirigierende Oberärzte 5400 bis 7800 M., steigend alle drei Jahre viermal um 500 M., einmal um 400 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung (doch nicht pensionsfähig).

e) Eglfing: 8400 bis 11400 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung (nicht pensionsfähig). Gabersee: 7200 bis 9600 M., steigend alle drei Jahre um 500 M.

f) Eglfing: 190. 46%. Gabersee: Auf 100 Kranke soll ein Arzt (einschließlich Direktor und Oberarzt) kommen.

g) Eglfing: Fortbildung 1911 800 M., 1912 800 M. Reisekosten 1911 600 M., 1912 1020 M. 15 M. Tagegeld und Fahrt II. Klasse. Gabersee: Fortbildung 350 M., Reisekosten 700 M.

Niederbayern, Oberfranken, Unterfranken, Pfalz, Oberpfalz, Schwaben.

a) Hilfsärzte 1800 bis 3600 M., steigend alle drei Jahre um 300 M. Freie Station.

b) In der Regel nach fünf Jahren Anstellung als Anstaltsarzt (Oberpfalz: nach drei Jahren. Mittelfranken: keine bestimmte Zeit. Schwaben: Von einer fünfjährigen Dienstzeit ist in letzter Zeit abgesehen worden.) Voraussetzung der Anstellung ist das Physikatsexamen. Niederbayern: Psychiatrische Tätigkeit an anderen Anstalten oder Kliniken wird ganz, nichtpsychiatrische, spezialärztliche teilweise von Fall zu Fall angerechnet. Oberfranken: Anrechnung früherer Dienstzeit wird von Fall zu Fall entschieden. Oberpfalz: Frühere Dienstzeit wird in der Regel teilweise angerechnet. Pfalz: Nur die Tätigkeit an einer pfälzischen Anstalt wird angerechnet. Schwaben: Dienstzeit an anderen Anstalten kann ganz oder teilweise angerechnet werden.

c) Anstaltsärzte 3000 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Außerdem Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Oberfranken, Unterfranken, Pfalz, Oberpfalz auch Arznei. Beförderung zum Oberarzt nur bei eintretender Vakanz. In Unterfranken (Werneck) können Anstaltsärzte nach fünf Jahren den Titel Oberarzt erhalten.

d) 4800 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre viermal um 500 M., einmal um 400 M. Außerdem freie Wohnung etc.

e) 6000 bis 8400 M., steigend alle drei Jahre, viermal um 500 M., einmal um 400 M. Außerdem freie Wohnung etc.

f) Deggendorf: 140. 34%. Kutzenberg: 140. 50 bis 60%. Bayreuth: 130. 26%. Klingenmünster: ca. 200; ca. 20%. Homburg: ca. 200. 29½%. Karthaus-Prüll: ca. 160. 33%. Erlangen: ca. 110. Ansbach: 150. 34%. Werneck: 170 bis 180. 23,6%. Kaufbeuren: ca. 110. 52%.

g) Fonds von 450 bis 600 M. Teils Pauschale, teils Reisekosten und Tagegelder. Direktor 14 M., Oberärzte 11 M., Anstaltsärzte 9 M., Hilfsärzte 7 M.

14. Königreich Sachsen.

a) 2700 bis 3600 M. Keine Nebenbezüge. Wohnung, Beköstigung, Feuerung, Beleuchtung sind bestimmungsgemäß zu vergüten.

b) Bei Bewährung erfolgt nach spätestens zwei Jahren Anstellung als Anstaltsarzt mit Staatsdienereigenschaft. Anrechnung früherer Dienstzeit wird von Fall zu Fall entschieden.

c) d) 3600 bis 7200 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Nebenbezüge bestehen nur in Form des nicht pensionsfähigen Wohnungsgeldzuschusses. Beamte, denen Dienst-Mietwohnungen im Anstaltsbereiche überlassen werden, haben diese nach Prozentsätzen des pensionsfähigen Diensteinkommens zu vergüten. Der Titel Oberarzt wird denjenigen Ärzten verliehen, welche die staatsärztliche Prüfung bestanden haben. Die Zeit der Verleihung steht im Ermessen der Anstellungsbehörden.

e) 7800 bis 9600 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Außerdem erhalten vier Direktoren je 400 M. pensionsfähige Stellenzulage.

f) Colditz: 147. 6%. Großschweidnitz: 107. 24%. Hochweitzschen: 150. 12 bis 15%. Hubertusburg: 150. 13%. Sonnenstein: 109. 21%. Untergöltzsch: 119. 28%. Zschadraß: 137. 29%.

g) Es werden in geeigneten Fällen Mittel gewährt, teils in Form von Pauschalsummen, teils in Form von Tagegeldern.

15. Königreich Württemberg.

a) 2400 bis 3600 M. und freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Für Beköstigung wird 500 M. abgezogen.

b) Nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Anrechnung früherer Dienstzeit von Fall zu Fall.

d) 3000 bis 5800 M., steigend alle drei Jahre um 400 M. Freie Wohnung (keine Heizung und Beleuchtung).

e) 5200 bis 7600 M., steigend alle drei Jahre, viermal um 500, einmal um 400 M. Freie Wohnung.

16. Großherzogtum Baden.

a) Hilfsärzte 2000 M., steigend jährlich einmal um 200 M., dann um 100 M. Kein Höchstgehalt. Außerdem Station 1. Klasse. Verheiratete Hilfsärzte können Dienstwohnung für 540 M. haben. Bei psychiatrischer Vorbildung kann Erhöhung des Anfangsgehaltes eintreten.

b) Etatmäßige Anstellung als Anstaltsarzt mit Pensionsberechtigung nur bei Eintreten einer Vakanz

im allgemeinen nach drei bis fünf Jahren. Fünf Jahre nach der etatsmäßigen Anstellung tritt Unwiderruflichkeit ein. Anrechnung früherer Dienstzeiten wird von Fall zu Fall entschieden.

c) Gehaltsklasse II. 2500 bis 5400 M., steigend alle zwei Jahre um 350 M. Dazu Wohnung und Garten oder 540 M. Wohnungsgeld. Keine freie Heizung und Beleuchtung. Eventuell nichtpensionsfähige Dienstzulage. Unverheiratete Anstaltsärzte können für 720 M. freie Station erhalten. Aufrücken in die I. Gehaltsklasse nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Die etatsmäßigen Anstaltsärzte verteilen sich nach der Anciennität auf die beiden Klassen, so daß in jeder die Hälfte ist.

d) Gehaltsklasse I (die Hälfte der etatsmäßigen Arztstellen): 3500 bis 6400 M., steigend alle zwei Jahre um 375 M. Dazu Wohnung mit Garten oder 600 M. Wohnungsgeld. Bei Eintritt in die Gehaltsklasse I wird eine Beförderungszulage von 250 M. gewährt. Der Titel Oberarzt wird nur für bewährte etatsmäßige Ärzte etwa vier bis sechs Jahre nach der etatsmäßigen Anstellung verliehen.

e) 4500 bis 7800 M., steigend alle zwei Jahre um 500 M. Wohnung oder Wohnungsgeld.

f) Wiesloch: 120. 50 bis 55%. Illenau: ca. 85; fast 100%. Emmendingen: 120 bis 180; ca. 23%.

g) Emmendingen und Wiesloch; keine Fonds, doch werden Mittel gewährt. In der Regel Ersatz der Reisekosten und ein Tage- und Übernachtungsgeld (Direktor 10 + 4, Anstaltsärzte 8 + 4 M.). Bei Teilnahme an Kongressen Erhöhung dieser Sätze um 50%. Illenau hat außerdem eine Stiftung zur Förderung der Psychiatrie mit einem Jahresertrag von ca. 1200 M., aus der Pauschalsummen zu Studienreisen bewilligt werden können.

17. Großherzogtum Hessen.

a) b) 1800 bis 2200 M., steigend alle Jahre um 200 M., und freie Station. 72 M. Getränkeablösung. Besonders qualifizierte Assistenzärzte können aus einem Dispositionsfonds jährliche Zulagen von 200 M. erhalten. Nach drei Jahren und Ablegung des Physikatsexamens erfolgt Anstellung mit 2200 M. und freier Station im pensionsfähigen Werte von 800 M. Das Gehalt dieser angestellten Assistenzärzte steigt nicht. Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen. Beförderung eines Assistenzarztes zum Oberarzt erfolgt nur bei Vakanz (bestandenes Physikatsexamen vorausgesetzt). Frühere Dienstzeit wird im allgemeinen nicht auf das Gehalt, wohl aber auf die Pension angerechnet, und zwar in der Regel vom Zeitpunkt des bestandenen Physikatsexamens an.

d) 2800 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre abwechselnd um 500 und 400 M. Höchstgehalt in 21 Jahren. Für Dienstwohnung und Garten wird 5 bis 10% des Gehalts abgezogen, für elektrische Beleuchtung 25 Pf. pro Kilowattstunde. Für Wasser wird 20 M. pro Jahr abgezogen. Keine freie Heizung und Arznei. Seit 1909 wurde den Oberärzten eine nichtpensionsfähige Gehaltszulage von 400 bis 500 M. gewährt. Ferner Zulagen bei Fehlen von Assistenzärzten.

e) Anfangsgehalt richtet sich nach dem Gehalt als Oberarzt und steigt alle drei Jahre um 400 bis 500 M. bis 7000 M. Abzüge für Wohnung, Licht, Wasser.

f) Goddelau: bei voller Besetzung ca. 130, zurzeit über 200. 23%. Alzey: 167 bis über 200. 80%.

g) Goddelau: 750 M. Heppenheim: 600 M. Reisekosten und Tagegelder (10 bis 12 M.). Bei Versammlungen nur Reisekosten.

18. Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

a) 2900 bis 3500 M., steigend zuerst nach einem, dann von drei zu drei Jahren um je 200 M. Die letzte Zulage „kann nach Umständen“ gewährt werden. Abgezogen wird für Wohnung 180, Verpflegung 720, Heizung, Beleuchtung, Bedienung 200, zusammen 1100 M.

b) Beförderung zum Anstaltsarzt und Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit wird von Fall zu Fall entschieden.

c) 2900 — 3100 — 3300 — 3500 — 3800 M., steigend zuerst nach einem, dann von drei zu drei Jahren. Abzüge für Verheiratete wie bei Assistenzärzten. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintreten einer Vakanz.

d) 3500 bis 5500 M., steigend um je 500 M., zuerst zweimal nach drei Jahren, dann nach vier und sechs Jahren. Dem unverheirateten Oberarzt wird abgezogen: 5% für möbl. Wohnung, 720 M. für Verpflegung, 200 M. für Heizung, Beleuchtung, Bedienung. Dem verheirateten Oberarzt wird für Familienwohnung 10% abgezogen.

e) 5000 — 6000 — 7000 — 7500 — 8000 M., steigend zweimal nach drei Jahren, dann zweimal nach vier Jahren. Abzug für Familienwohnung 10%.

f) 140. 30 bis 40%.

19. Großherzogtum Mecklenburg-Strehlitz.

a) 1500 bis 2500 M., steigend von Jahr zu Jahr zweimal um 200, zweimal um 300 M., und freie Station.

b) Nach fünf Jahren Anstellung als ordentlicher Arzt auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung für den Arzt und die Hinterbliebenen. Anrechnung früherer Dienstzeit von Fall zu Fall.

c) 3500 bis 6500 M., steigend alle drei Jahre um 500 M., und freie Familienwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei.

e) 4000 bis 6500 M., steigend alle drei Jahre um 500 M.

f) 100. 30%.

g) 300 M. Tagegelder in der Höhe von 13 M.

20. Großherzogtum Sachsen-Weimar.

a) 2600 M., steigend um je 200, in drei Jahren bis 3000 M. Für freie Station wird 840 M. abgezogen.

b) Beförderung nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Anrechnung früherer Dienstzeit wird von Fall zu Fall entschieden.

d) 4200 bis 4500 M. und freie Heizung und Beleuchtung. Für Familienwohnung mit Garten wird 510 M. abgezogen.

e) 5000 bis 6000 M. Erhöhung muß bei jeder Stufe beantragt werden. Für Familienwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung wird 750 M. abgezogen.

f) ca. 290. 18%.

g) Wird von Fall zu Fall entschieden.

21. Herzogtum Oldenburg.

a) 2300 M. Alle zwei Jahre 300 M. Zulage. Dazu seit 1910 eine Zulage von 210 M. und freie Station.

b) Frühere spezialärztliche Dienstzeit wird angerechnet.

c) d) 3150 bis 5250 M., steigend alle zwei Jahre um 300 M. und freie Wohnung und Verpflegung.

e) 5550 bis 8150 M., steigend alle zwei Jahre um 350 M.

f) ca. 100. 43%.

g) Bei Fortbildungskursen Reisekosten und Tagegelder (12 M.) und Vergütung anderer Unkosten.

22. Herzogtum Braunschweig.

a) 1800 bis 2400 M., jährlich steigend um 300 M. und freie Station. Bei entsprechender Vorbildung höheres Anfangsgehalt.

b) Nach drei Jahren Anstellung als Abteilungsarzt. Frühere ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden.

c) 3600 bis 6000 M., steigend alle drei Jahre zweimal um 300, dreimal um 600 M. und freie Familienwohnung und Garten. Für Heizung, Beleuchtung, Arznei wird 210 M. in Abzug gebracht.

d) 3600 bis 6600 M. (der erste bis 7200 M.), steigend alle drei Jahre um 600 M. Sonst wie nebenstehend.

e) 6000 bis 9000 M. in zwölf Jahren.

f) 136. 25%.

g) Kein Fonds, doch werden bei Versammlungen usw. den Teilnehmern die Tagegelder usw. der braunschweigischen Staatsbeamten gewährt. (9 M. für den Tag, 9 M. für die Nacht, Fahrt II. Klasse.)

23. Herzogtum Sachsen-Meiningen.

a) 2400 bis 2600 M., steigend jährlich um 100 M., und freie Station, wofür im Falle der Verzichtleistung 700 M. gezahlt wird.

b) Beförderung erfolgt nur bei Eintritt einer Vakanz. Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit wird von Fall zu Fall entschieden.

c) 3600 bis 5400 M., steigend alle drei Jahre um 300 M. Wohnung, Heizung und Beleuchtung oder 800 M. (nicht ruhegehaltsberechtigt). Kein Avancement zum Oberarzt nach bestimmter Zeit.

d) Erster Oberarzt 3600 bis 5400 M. mit ruhegehaltsberechtigter Zulage von 600 M. und freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung (nicht ruhegehaltsberechtigt). Der zweite (Titular-) Oberarzt bezieht zurzeit 3450 M. und freie Station (mit 700 M. ruhegehaltsberechtigt).

e) Nicht geregelt, zurzeit 7800 M. und Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung (nicht ruhegehaltsberechtigt).

f) 158. 33,5%.

g) Ist nicht festgelegt. Mittel werden jeweils auf Antrag und teilweise in Gestalt doppelter Tagegelder (täglich 20 M.) bewilligt.

24. Herzogtum Sachsen-Altenburg.

a) 1800 M. und freie Station.

b) Anstellung als Anstaltsarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

c) Anfangsgehalt 3000 M. Zulagen sind nicht normiert. Daneben freie Familienwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

d) Anfangsgehalt 3500 M. Zulagen sind nicht normiert.

e) Gehalt nicht normiert. Jetziger Direktor begann mit 6000 und stieg in neun Jahren bis 7100 M.

f) 180. 40%.

g) Von Fall zu Fall bewilligt. Reisekosten, Tagegelder (10,50 M.) und Übernachtungsgeld (4,50 M.).

25. Herzogtum Anhalt.

a) 2400 bis 2700 M. Außerdem freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Beköstigung für 2 M. täglich.

b) Nach drei Jahren Beförderung zum Anstaltsarzt. Anderwärts abgeleistete Dienstzeit kann angerechnet werden.

c) 2900 bis 6900 M., steigend alle drei Jahre dreimal um 400 M., viermal um 600 M., einmal um 400 M., und freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, mit 400 M. pensionsfähig.

d) Der älteste Anstaltsarzt (Oberarzt) erhält für Vertretung des Direktors 400 M.

e) 5300 bis 7800 M., steigend alle drei Jahre dreimal um 600, einmal um 500, einmal um 200 M., und freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Fuhrwerk, mit 700 M. pensionsfähig.

f) 138.

g) Reisekosten etc. werden auf Antrag gewährt.

26. Herzogtum Lippe-Detmold.

b) Frühere psychiatrische und nichtpsychiatrische spezialärztliche Tätigkeit kann voll angerechnet werden.

c) 2400 bis 3000 M., Höchstgehalt in sechs Jahren, und freie Station, die bei Verheiratung mit 720 M. abgelöst wird. Jeder Arzt hat freie Wohnung mit Garten, Heizung, Beleuchtung, sowie freie Arznei für seine Person.

d) 2400 bis 4200 M. Höchstgehalt in achtzehn Jahren und 300 M. Funktionszulage. Freie Station bezw. 720 M. Jeder Arzt hat freie Wohnung mit Garten, Heizung, Beleuchtung, sowie freie Arznei für seine Person.

e) 4500 bis 6600 M., steigend alle drei Jahre um 350 M.

f) 197. 30 bis 40%.

27. Hamburg.

a) 1900 bis 2800 M., steigend bis 2500 M. mit jährlichen Zulagen von 300 M., nach weiteren zwei Jahren 2800 M. Freie Station im Werte von 1200 Mark.

b) Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung nur bei Eintritt einer Vakanz. Frühere Tätigkeit an Krankenhäusern, Irrenanstalten etc. wird angerechnet, doch von Fall zu Fall entschieden.

c) 5200 bis 7000 M., steigend alle drei Jahre um 600 M. Für Dienstwohnung (eventl. mit Garten) wird 750 M. abgezogen, für Beleuchtung 2%. Den in der Anstalt wohnenden Ärzten wird freie Arznei für sich und die Angehörigen gewährt. Beförderung zum Oberarzt nur bei Vakanz.

d) 5600 bis 7400 M., steigend alle drei Jahre um 600 M., sonst wie Abteilungsärzte. Erster Oberarzt 9000 bis 11000 M., steigend zweimal nach vier Jahren um 1000 M. Für Dienstwohnung wird 1400 Mark abgezogen.

e) 13000 M., nicht steigend. Für Dienstwohnung mit Garten wird 2000 M. abgezogen, für Beleuchtung 2%.

f) Langenhorn 150 bis 160. 23,8%. Friedrichsberg: ca. 100. 85,5%.

g) Pauschalsumme oder wirkliche Auslagen.

28. Bremen.

a) 1800 bis 2000 M. Nach einem Jahre 200 M. Zulage. Freie Station.

b) Beförderung nur bei Vakanz.

c) Sekundärarzt 2500 bis 3000 M. (eine Zulage von 500 M. nach einem Jahre). Freie Station. Beförderung nur bei Vakanz.

d) 4500 bis 7000 M., steigend alle fünf Jahre um 625 M. (Erhöhung beantragt). Freie Familienwohnung mit Garten, freie Arznei für sich und Familie. Vergütung für Heizung 3% des Gehalts (inkl. Wert der freien Wohnung), für elektr. Licht 25 Pf. pro Kilowattstunde.

e) 8000 bis 10400 M., steigend alle fünf Jahre um 800 M. Freie Familienwohnung. Vergütung für Heizung und Licht wie bei den Oberärzten.

29. Lübeck.

a) I. Assistenzarzt 2600 bis 3500 M., steigend jährlich um 300 M. II. Assistenzarzt 2000 bis 3000 M., steigend jährlich um 200 M. Freie Station im Werte von 800 M.

b) Beförderung nur bei Vakanz. Frühere Tätigkeit an Irrenanstalten und Krankenhäusern wird in der Regel angerechnet.

d) II. Arzt. 5000 bis 8500 M., steigend alle drei Jahre dreimal um 700, einmal um 500, dreimal um 300 M. Für Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung wird 1200 M. abgezogen.

e) 7500 bis 10500 M., steigend alle drei Jahre um 750 M. Für Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung entsprechende Abzüge.

f) 96. 33%.

g) Mittel werden von Fall zu Fall bewilligt.

30. Elsaß-Lothringen.

Oberelsaß.

a) 2400 M. im ersten Jahre, 2600 M. im zweiten Jahre, und freie Station.

b) Nach zwei Jahren pensionsberechtigte Anstellung als Anstaltsarzt. Frühere ärztliche Tätigkeit wird im allgemeinen nicht angerechnet.

c) 3200 bis 6200 M., steigend alle drei Jahre

um 500 M. Außerdem freie Familienwohnung mit Garten, Heizung, Beleuchtung. Nach dreijähriger Tätigkeit als Anstaltsarzt Beförderung zum Oberarzt.

d) 3700 bis 6200 M., sonst wie Anstaltsärzte.

e) 6000 bis 9000 M., steigend alle drei Jahre um je 500 M. Außerdem freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung.

f) Rufach: ca. 150; ca. 56%.

g) Rufach: 900 M. In der Regel Pauschalsummen.

Unterelsaß.

a) 1800 bis 2200 M., steigend alle Jahre um 200 M., und freie Station.

b) Nach drei Jahren pensionsberechtigte Anstellung als Abteilungsarzt. Anrechnung früherer Dienstzeit nach Vereinbarung bis zum Gesamtbetrage von zwei Jahren.

c) 3200 bis 4200 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Freie Wohnung eventuell mit Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei für den Arzt und Familie. Beförderung zum Oberarzt nur bei Vakanz.

d) Wie Oberelsaß, stellvertretender Direktor pensionsfähige Zulage von 500 M.

e) Wie Oberelsaß.

f) Stephansfeld: ca. 225. 30%. Hördt: 200. 10%.

g) Stephansfeld und Hördt je 500 M. Tagegeld von 12 M. oder Pauschale.

Lothringen.

c) 2400 M. und freie Station, die abgelöst werden kann, ferner Wohnung, Heizung, Beleuchtung.

d) 3500 bis 6000 M. bei freier Wohnung etc., steigend alle drei Jahre um 300 M.

e) 6000 bis 7700 M., steigend alle drei Jahre um 400 M., zuletzt um 500 M. Freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung.

f) ca. 143; ca. 46%.

g) Kein besonderer Fonds. Auf Antrag können 400 M. bewilligt werden.

II. Städtische Anstalten.

1. Berlin.

a) 1800 bis 3000 M., steigend alle zwei Jahre um 300 M. (Assistenzärzte in der Anstalt für Epileptische erhalten daneben Zulagen von 300 M. jährlich.) Freie Station im Werte von 1500 M.

b) Beförderung zum Anstaltsarzt nur bei Eintritt einer Vakanz. Bei jeder Anstalt bestehen drei Anstaltsarztstellen, zu deren Erlangung eine sechsjährige Dienstzeit bei der Stadt Berlin erforderlich ist. Doch können auch Ärzte von außerhalb gewählt werden, wenn sie eine längere psychiatrische Ausbildung nachweisen.

c) 3600 M. und freie Station. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

d) 5000 bis 7000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Erster Oberarzt hat 1000 M. Funktionszulage. Außerdem Wohnung, Garten, Heizung, Arznei im Werte von 1000 M.

e) 8000 bis 12000 M., steigend alle zwei Jahre um 500 M. Außerdem Wohnung, Garten, Heizung, Arznei im Werte von 1200 M.

f) Im allgemeinen kommen in den Berliner Anstalten ca. 120 Kranke auf 1 Arzt.

g) Für jede Anstalt 1000 M. Verwendung auf Vorschlag des Direktors durch die Deputation.

2. Dresden.

a) 1800 bis 2200 M., steigend alle Jahre um 200 M. Freie Station im Werte von 1050 M.

b) Auswärts verbrachte Dienstzeit kann bis zu zwei Jahren auf das Staffelgehalt des Hilfsarztes angerechnet werden. Hilfsärzte werden im allgemeinen nach drei Dienstjahren zum Anstaltsarzt befördert. Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Bei entsprechender Vorbildung kann frühere Anstellung, eventuell unmittelbare Anstellung als Anstaltsarzt erfolgen.

c) 4300 bis 6400 M., steigend alle drei Jahre, einmal um 500, einmal um 600, zweimal um 500 M. Familienwohnungen für Anstaltsärzte sind nicht vorhanden. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

d) Oberärzte erhalten jetzt noch dieselben Bezüge wie Anstaltsärzte. Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung wird ihnen mit 650 M. berechnet. Gegenwärtig werden die Gehaltsverhältnisse neu reguliert. Vorgeschlagen ist 5000 bis 7300 M., steigend alle drei Jahre zweimal um 400 M., dreimal um 500 M.

e) Drei dirigierende Ärzte. a) Abteilung I. 6000 bis 8500 M., steigend alle drei Jahre, zweimal um 600, zweimal um 400, einmal um 500 M. b) Abteilung II. 5400 bis 7400 M., steigend alle drei Jahre um 400 M. c) Abteilung III. 4800 bis 6500 M., steigend in zwölf Jahren, doch sollen die Bezüge zu c denen zu b gleichgestellt werden.

f) Abteilung I (Aufnahmestation für Geisteskranke) 28. Abteilung II (für geistig sieche Personen) 176. Abteilung III (für körperlich sieche Personen) 202. Aufnahmen: Abteilung I 1173, Abteilung II 435, Abteilung III 520.

g) Mittel von Fall zu Fall bewilligt, in der Regel Pauschalsumme.

3. Leipzig.

a) 1800 M. im ersten, 2100 M. im zweiten und dritten Dienstjahre, und freie Station.

b) Nach drei Jahren Beförderung zum Anstaltsarzte mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung. Nach zehnjähriger Dienstzeit unkündbar. Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit wird von Fall zu Fall entschieden.

c) 3600 bis 7200 M., steigend viermal nach je zwei, fünfmal nach je drei Jahren um je 400 M. Freie Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung, Arznei auch für die Angehörigen. Oberarzttitel wird in der Regel nach siebenjähriger praktischer psychiatrischer Tätigkeit unter der Voraussetzung des Bestehens der staatsärztlichen Prüfung verliehen oder beim Nachweis umfangreicher wissenschaftlicher Tätigkeit.

d) Wie Anstaltsärzte. Der erste Oberarzt erhält eine nach zehnjährigem Bezug pensionsfähig werdende Zulage von 600 M.

e) 8400 bis 10800 M., steigend viermal nach je zwei und zweimal nach je drei Jahren um je 400 M. (Gegenwärtig auf Grund besonderen Vertrages 12000 bis 15600 M.) Freie Familienwohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung.

f) 150. 50%.

g) Kein besonderer Fonds, doch von Fall zu Fall Reisekosten, Tagegelder, Honorare für Kurse etc. bewilligt.

4. Breslau.

a) 2200 bis 3400 M., steigend alle zwei Jahre um 300 M. Freie Station im Werte von 1000 M.

b) Beförderung nur bei Vakanz. Keine Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit.

d) 5100 bis 7600 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Für Wohnung werden 700 M. abgezogen.

e) Primärarzt 7000 bis 10000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Für Wohnung werden 900 M. abgezogen.

f) 50. 410%.

g) Kein Fonds, doch sind Mittel vorhanden. Die Höhe der Tagegelder beträgt beim Primärarzt und bei den Oberärzten 12 M., Fahrt II. Klasse, Übernachtung 6 M.

5. Frankfurt a. M.

a) 1800 bis 3300 M., steigend dreimal jährlich, dann zweimal alle drei Jahre um je 300 M. Freie Station.

b) Beförderung nur bei Eintritt einer Vakanz. Frühere psychiatrische Tätigkeit wird angerechnet.

c) 3000 bis 5400 M., steigend alle drei Jahre um 400 M. Freie Station. Statt dessen eventuell 1600 M. Familienwohnung nicht vorhanden. Beförderung zum Oberarzt nur bei Eintritt einer Vakanz.

d) 6000 bis 9500 M., steigend alle drei Jahre um 700 M. Davon gehen für Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung 1000 M. ab.

e) 7000 bis 10000 M. Freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung.

f) 60 und mehr. 400%.

g) ca. 1000 M. Zur Teilnahme an Kursen ca. 300 M.

6. Chemnitz.

a) Ohne psychiatrische Vorbildung 1700 bis 2400 M., jährlich steigend, einmal um 300 M., zweimal um 200 M. Mit psychiatrischer Vorbildung 2000 bis 2600 M., jährlich steigend um 200 M. 150 M. Entschädigung für Getränke. Freie Station.

b) Beförderung nach Maßgabe freiwerdender Stellen, zweijährige Dienstzeit vorausgesetzt.

c) 4000 bis 7000 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Keine freie Wohnung etc.

e) 6000 bis 8500 M., steigend alle drei Jahre um 500 M. Freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung und 500 M. für die Direktorialgeschäfte.

f) 80 bis 100. 375%.

Mitteilungen.

— Der **badische Hilfsverein für entlassene Geisteskranke** hielt Anfang Februar die Ausschußsitzung zur Entgegennahme des Rechenschaftsberichts für das abgelaufene Jahr und zur Beratung für den Voranschlag für 1912 im Ministerium des Innern ab. An der Versammlung, die von dem Vereinsvorsitzenden Geh. Rat Dr. Schüle-Illenau geleitet wurde, nahmen außer den Direktoren der Anstalten und Kliniken bezw. deren Stellvertretern u. a. Ministerialdirektor Dr. Glockner, Ministerialdirektor Dr. Arnsperger, Geh. Oberregierungsrat Dr. Mayer, Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser teil. Nach dem Rechenschaftsbericht des Vorsitzenden ist die Mitgliederzahl um 200, von 3300 auf 3500 gestiegen. Das Soll der Jahresbeiträge beläuft sich auf rund 10000 M. Der Bezirk Achern steht hinsichtlich der Höhe der Zahl der Mitglieder an erster Stelle, ihm folgt Bühl, dann Wiesloch. In vielen Bezirken zählt der Verein allerdings noch recht wenig Mitglieder. Das Ausschußmitglied Bürgermeister Dr. Weiß-Eberbach will dafür werben, daß die dem Verein noch nicht angehörenden mittleren Städte beitreten. Die Organisation der Patrone, der Träger der Vereinsbestrebungen, wurde im laufenden Jahre weiter aus-

gebaut, entstandene Lücken ergänzt. Nach dem bewährten Muster der Organisation in Mannheim, wo die werktätige private Fürsorge für diese Hilfsbedürftigen unter Mitwirkung der städtischen und staatlichen Behörden unter einem Obmann (Nervenarzt Dr. Friedmann) geregelt ist und nach Stadtbezirken den hierfür zuständigen Patronen obliegt, sollen in den anderen größeren Städten Karlsruhe, Freiburg, Pforzheim und Konstanz ähnliche Einrichtungen getroffen werden. Die wichtigste, zugleich schwierigste Aufgabe, die diesen Organisationen zufällt, besteht in der Beschaffung geeigneter Arbeitsgelegenheit, wenn möglich verbunden mit zweckmäßiger Unterkunft. Nach dem Rechenschaftsauszug betrugen die Ausgaben für Unterstützung im Jahre 1911 rund zusammen 8000 M. Das Vermögen hat sich am Ende des Berichtsjahres gegenüber dem Stande zu Anfang des Jahres um 4700 M. vermehrt; es beträgt jetzt 36000 M. und konnte in dieser Höhe als Reservefonds bestimmt werden. Als Ort der nächsten Mitgliederversammlung, die im Oktober 1912 stattfinden soll, wurde die Anstalt Wiesloch bestimmt.

Referate.

— Bresler, „Salvarsan, das Ehrlich-Hatasche Heilmittel bei syphilitischen Nervenkrankheiten". Zusammenstellung bisheriger Erfahrungen. C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1911. 105 Seiten. 1,80 M.

Sammelreferate erfreuen sich mit Recht immer mehr einer größeren Beliebtheit, und so hat auch Verf. sich der verdienstvollen Mühe unterzogen, 133 Arbeiten über das Salvarsan hinsichtlich seiner Wirkung bei syphilitischen Nervenkrankheiten durchzusehen. Den Lesern dieser Zeitschrift ist die Arbeit schon bekannt, der Marholdsche Verlag hat sie nun noch zusammenfassend zum Abdruck gebracht.

Während Verf. im Jahre 1910 über die Erfahrungen des neuen Syphilismittels im allgemeinen berichtet hatte, hat er diesmal die Wirkungen speziell bei Nervenkrankheiten ins Auge gefaßt, um so mehr, als manche Erscheinungen am Nervensystem hier und da als Folge des Salvarsans angesprochen wurden.

Eine Durchsicht des Breslerschen Sammelreferates läßt jedoch erkennen, daß höchst wahrscheinlich derartige Symptome nicht auf Arsenvergiftung beruhen, sondern syphilitischen Ursprungs sind und nur durch Salvarsan ausgelöst wurden, das zweifellos eine gewisse Wirkung auf das Nervensystem besitzt.

Hinsichtlich der Tabes und der Paralyse, um nur diese für den Psychiater so wichtigen Krankheiten herauszugreifen, sind die Erfolge durch Salvarsan keine glänzenden; manche Autoren wollen zwar objektiv eine kurzdauernde Besserung konstatiert haben, bei der Mehrzahl der Fälle war jedoch keine wesentliche Besserung eingetreten. Als störende Folgeerscheinungen sah Oppenheim z. B. im Anschluß an eine Injektion einen paralytischen Anfall, bei Tabes wurden starke Schmerzen, auch Schüttelfrost und Fieber beobachtet.

Eine Atrophia nervi optici trat nie ein — im Gegensatz zum Atoxyl —, wohl aber fanden sich relativ häufig Erkrankungen des Facialis und Akusticus, die aber, wie gesagt, der Syphilis und nicht dem Arsen ihre Entstehung verdankten.

Alles in allem gewährt die Zusammenstellung des Verf. einen guten Überblick über die Wirkungen des Salvarsans bei syphilitischen Nervenkrankheiten, und Interessenten seien noch auf die jüngst unter Ehrlichs Ägide erschienene Arbeit von Benario „Über Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung" hingewiesen, die sich besonders mit der Frühsyphilis des Gehirns beschäftigt.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Von Prof. Dr. E. Bleuler und Prof. Dr. S. Freud; redig. von Dr. C. G. Jung. I. Band, II. Hälfte. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909.

Die erste Arbeit von Ludwig Binswanger: „Versuch einer Hysterieanalyse" ist eine Fortsetzung aus dem vorhergehenden Band; da mir derselbe nicht zur Verfügung steht, kann ich nicht darüber berichten.

Eine Arbeit von S. Freud bringt „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose". Es handelt sich um einen Studenten mit Zwangsbefürchtungen, vor allem, daß seinem Vater (der bereits gestorben ist) etwas geschehen werde resp. er sterben werde, wenn er eine von ihm geliebte Person heirate, und Zwangsimpulsen, z. B. sich mit einem Rasiermesser den Hals abzuschneiden, woran sich mannigfache andere Ideen anschließen. — Freud ist geneigt, auch allgemein die Zwangsneurose auf den Widerstand zwischen Liebe und Haß zurückzuführen, der eine partielle Willenslähmung nach sich zieht und damit der Herrschaft von Zwang und Zweifel Raum gibt, wobei die Zwangsgedanken resp. gewisse zwangsmäßige Vorhandlungen das eigentliche Handeln regressiv vertreten.

Die folgende Arbeit von Ferenczi „Introjektion und Übertragung" läßt sich dahin zusammenfassen: Im Gegensatz zum Paranoischen, der ihm unlustvoll gewordene Regungen auf die Außenwelt projiziert, nimmt der Neurotiker einen möglichst großen Teil der Außenwelt in sich und seine unbewußten Phantasien auf, er „introjiziert" sie. Zweitens: Unbewußte Affekte spielen bei jeder Suggestion, Hypnose, auch Psychoanalyse eine Hauptrolle und werden als in ultima analysi libidinöse Triebregungen vom Komplex der kindlich-elterlichen Beziehungen auf das Verhältnis Arzt-Patient übertragen. Diese Übertragung ist nichts Schädliches, sondern ermöglicht letzten Endes eine Heilung durch „Sympathie".

Die „Beiträge zur Traumdeutung" von Dr. W. Stekel illustrieren die Einseitigkeit in der Betonung des sexuellen Komplexes, wie wir sie in der Freudschen Schule zum Teil finden. Einige der krassesten Beispiele seien den Lesern nicht vorenthalten.

Examens- (Matura-) Träume bedeuten auf Grund der Psychoanalyse immer Reifeprüfung bei der Frau;

Einfahren des Dampfschiffes in die Bootshütte = Koitus der Eltern; Kinder bedeuten Genitalien, Handtasche = Onanie; Dr. N. teilt Sonntag Vormittag Milch an kleine Kinder aus, heißt: Dr. N. macht sich auch eine Sonntagsfreude und beschenkt kleine Kinder („Genitalien") mit Milch („Sperma"); 69 bedeutet im Traum ein Paar, das an sich gegenseitig die Fellatio und den Cunnilingus vollzieht und dabei umgekehrt aufeinander liegt. — Man darf nach diesen Proben auf das angekündigte größere Buch: „Die Technik der Traumdeutung" gespannt sein.

Der „Bericht über eine Methode, gewisse symbolische Halluzinationserscheinungen hervorzurufen und zu beobachten" von H. Silberer fußt auf der Erscheinung, daß in der Schlaftrunkenheit bei gleichzeitiger Anstrengung zum Denken sich ein „autosymbolisches Phänomen" (= halluzinatorisches Symbol) des in dem betreffenden Augenblick Gedachten einstellen kann. So gibt es erstens materiale (Inhalts-) Phänomene, z. B. ich denke daran, in einem Aufsatz eine holperige Stelle auszubessern — Symbol: ich sehe mich ein Stück Holz glatt hobeln; zweitens funktionale (Leistungs-) Phänomene, z. B. ich verliere in einem Gedankengang den Faden — Symbol: ein Stück Schriftsatz, dessen letzte Zeilen herausgefallen sind; und drittens somatische Phänomene, z. B. ich schöpfe tief Athem, meine Brust hebt sich hoch — Symbol: ich hebe mit jemandem einen Tisch in die Höhe.

Die letzte Arbeit von Alfred Adler „Über neurotische Disposition" erkennt ätiologisch in der „Überempfindlichkeit" („Reizsamkeit" Lamprechts, „Affektivität" Bleulers) infolge Organminderwertigkeit einen wichtigen Faktor für die Entwicklung einer Neurose. Der Prozeß der Organminderwertigkeit mündet psychisch in vergrößertes Schuldbewußtsein aus, wobei gewisse Entwicklungspunkte (Berührung mit dem Sexualproblem, Masturbation, Sexualität der Erwachsenen) und in ihnen begründete traumatische Situationen den inneren Konflikt steigern und die Neurose erzeugen können.

Zum Schluß wird eine referierende Übersicht über die Freudschen Schriften seit 1893 und ein Bericht über die österreichische und deutsche psychoanalytische Literatur bis 1909 gegeben. Albrecht-Treptow.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt bei der Fa.

Elektricitäts-Ges. Haas & Stahl,
Aue i. Erzgeb.

welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823

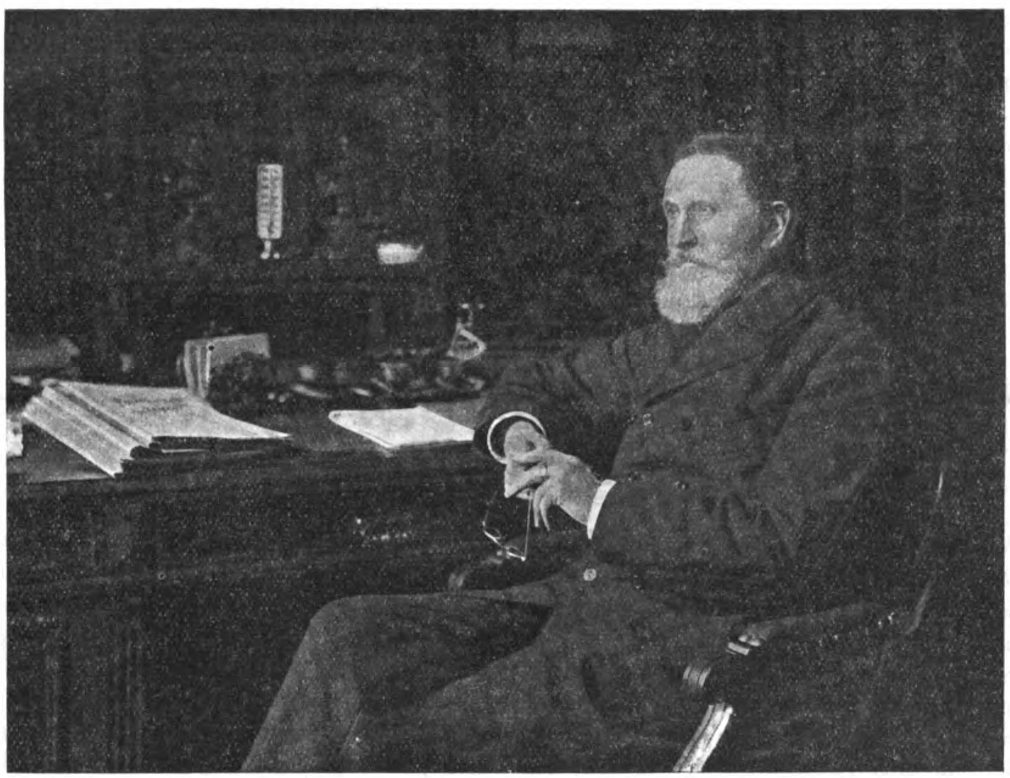
Nr. 50. 9. März **1911 12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Daniel Wilhelm Reye †. (S. 499.) — Psychiatrisches aus dem 18. Jahrhundert. Von Anstaltsbezirksarzt Dr. Heinicke, Waldheim i. Sa. (S. 500.) — Zur Kasuistik der traumatischen Epilepsie. Von Dr. B Bernard, Godeshöhe. (S. 503.) — Material zu § 1569 BGB. (S. 505.) — Mitteilungen (S. 505): Pommersche Vereinigung für Neurologie u. Psychiatrie. Neue Irrenanstalt in Westpreußen. Neue Irrenanstalt u. Erweiterungen in Brandenburg. — Referate (S. 507). — Therapeutisches (S. 508): Zur internen Behandlung der Syphilis. Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin.

Daniel Wilhelm Reye †.

Wie schon in Nummer 48 berichtet worden, ist der frühere Direktor der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg, Prof. Dr.



D. W. Reye, am 15. Februar heimgegangen. Indem wir die Persönlichkeit des auch im Fachkreise hochgeschätzten und verehrten Kollegen durch nachstehendes Bild in Erinnerung rufen, möge seinem Andenken auch in diesen Blättern ein Ehrenplatz gewidmet sein.

Daniel Wilhelm Reye wurde am 22. Januar 1833 in Ritzebüttel geboren. Er studierte in Göttingen und promovierte dort

am 20. Juni 1855. Am 22. April 1856 legte er in Hamburg das Staatsexamen ab und begann am 26. Juni 1856 seine Praxis. Am 22. Januar 1858 wurde er Assistenzarzt an der Irrenstation im Allgemeinen Krankenhause in Hamburg und am 18. November 1865 Oberarzt und Direktor. Anfang der siebziger Jahre übernahm er die Leitung der Irrenanstalt Friedrichsberg, die in den langen Jahren seiner Führung ein vortreffliches Institut geworden und als solches weit über Hamburgs und Deutschlands Grenzen hinaus bekannt geblieben ist. Am 1. April 1908 trat Prof. Reye in den wohlverdienten Ruhestand. Am 20. Juni 1905 konnte der nun Entschlafene sein 50jähriges Doktorjubiläum feiern, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Ehrungen zuteil wurden.

Die Beisetzung des Irdischen des hochverdienten Mannes erfolgte durch Feuerbestattung und verlief unter herzlicher Teilnahme der Vertreter der hamburgischen Behörden in weihevoller Trauerfeier am Sonntag, den 18. Februar 1912. Bürgermeister Dr. Schröder war als Präses des Krankenhaus-Kollegiums erschienen, ferner waren anwesend die Senatoren Brandt, Rat Hintzpeter, Prof. Dr. Kümmel, Dir. Weibezahn, Dr. med. et phil. Weygandt, der gegenwärtige Direktor der Staatsirrenanstalt, viele Vertreter des Ärztestandes und zahlreiche Freunde des Heimgegangenen.

Organist Bartens leitete die Trauerfeier ein mit dem Choral: „Was Gott tut, das ist wohlgetan“. Darauf hielt Pastor Dr. Meincke die Trauerandacht, welcher er den Text zugrunde legte: „Siehe zu, daß du einen guten Namen behaltest“. Hierauf nahm Bürgermeister Dr. Schröder das Wort zu einer warmherzigen Gedächtnisrede. Er schilderte ihn als den jahrzehntelang treuen, gewissenhaften Berater der Behörde, als treuen unermüdlichen Arzt, dem seine Pflicht sein Leben war, wodurch ihm ein dauerndes Gedächtnis in höchsten Ehren bei der hamburgischen Bürgerschaft gesichert sei. „Er hat nach keinem höheren Ruhm gestrebt, als redlich alle Zeit seine Pflicht zu tun, und reicher Erfolg hat ihn gesegnet.“

Pastor Dr. Meincke spendete dem Toten darauf den Segen und dann senkte sich der Sarg unter den Klängen der Litanei von Schubert auf das Fest aller Seelen in die Tiefe. Mit dem Choral: „Ich weiß, daß mein Erlöser lebt“, fand die Trauerfeier ihren Abschluß.

Auch in unserem Kreise, die wir seinen Heimgang nicht minder schmerzlich betrauern, mit Wehmut ihn von uns geschieden wissen, wird die Erinnerung an Reye lange lebendig bleiben durch das Vorbild von mehr als halbhundertjähriger unermüdlicher Arbeit und treuer Pflichterfüllung im Dienst der Geisteskrankenfürsorge, das er uns als kostbares Vermächtnis hinterlassen hat.

Bresler.

Psychiatrisches aus dem 18. Jahrhundert.

Von Anstaltsbezirksarzt Dr. *Heinicke*, Waldheim in Sachsen.

Die Anschauungen über das Entstehen psychischer Störungen sind noch heute, je nach dem kulturellen Hoch- oder Tiefstand eines Volkes verschieden; sie haben aber auch im Laufe der Zeiten unendlich gewechselt. Im alten Ägypten hielt man die Geisteskranken zuzeiten für Heilige, betete sie an; man sah eher göttliche Gnade als Krankheit in ihnen; im Mittelalter verbrannte man sie als Hexen und Besessene, während z. B. Hippokrates gleich uns ihren Grund in Gehirnerkrankungen suchte, wenigstens verlegte er den Sitz der Seelentätigkeit dahin. Heinroth wieder betrachtete die Psychosen mehr als Folge eines sündigen Lebenswandels.

Annähernd zu dieser Zeit brachen sich aber auch Lehren Bahn, die die Ursachen geistiger Erkrankungen von neuem mehr auf das körperliche Gebiet verlegten, wenngleich man das Gehirn dabei so gut wie außer acht ließ.

Im folgenden will ich zwei derartig aufgefaßte Fälle, die aus forensischen Gründen zur Begutachtung kamen, wiedergeben; sie finden sich in zwei anno 1780 und 1794 vor den Armen- und Zuchtgerichten zu Waldheim ergangenen Akten und sind es jedenfalls wert, der Vergessenheit vorenthalten zu werden.

Das eine Aktenstück stellt Untersuchungsakten dar wider den Armen A. wegen geschehener tödlicher

Verwundung des Armen R. mit neun Messerstichen. Der A., ein früherer Student der Theologie, der aber nach seiner Angabe die Universität W. deshalb verlassen hatte, weil er mittellos, schlecht in der Kleidung gegangen sei und man ihm von seiten der Universität zu erkennen gegeben hätte, daß er lieber deshalb von W. weggehen möchte, war als Bettler und Vagabund und wegen Führung eines falschen Passes in T. arretiert und ins dortige Zucht- und Arbeitshaus gebracht worden. Dort stellte man seit seiner Detention „einige Melancholie" fest und überführte ihn deshalb als Armen nach Waldheim, mit der Weisung, „ihn seinem Zustand gemäß zur Arbeit anzuhalten". Nachdem er hier etwa $1^1/_2$ Jahre lang gewesen war, eignete er sich beim Verbinden seines bösen Fußes heimlich ein chirurgisches Messer an und verwundete damit den R. durch neun Stiche tödlich; als Grund dafür gab er bei seiner Vernehmung „Desperation" an, weil er tags vorher, von der Stube, wo er als Beter eingebettet war, versetzt worden sei und auf die Faktur gekommen wäre. Nach seiner Aussage sei der Entschluß zur Tat schnell gekommen; ursprünglich wollte er dem Wärter eins anhängen, weil er ihm Schuld an der Versetzung gab, schließlich verfiel er aber auf den Armen R., der ihn einige Wochen vorher durch eine falsche Anschuldigung verletzt hätte. Seine Desperation sei noch größer geworden in Erinnerung an eine in T. unschuldig erlittene körperliche Züchtigung. Schließlich sei er auch zur Tat geschritten, um sicher aufs Amt R. zu kommen, eine Erbschaftssache mit seinem Vormund auszufechten. Bei der Vernehmung zeigte er sich bald traurig, bald niedergeschlagen, bald lachte er. Nach der Vernehmung ließ er den Notar nochmals in sein „Behältnis" kommen und gab an, er habe vergessen zu bitten, daß „Eine Hohe Staats-Regierung, daferne ihm seine Freyheit nicht zugestanden würde (kurz vorher hatte er die Möglichkeit eines Todesurteils ins Auge gefaßt), sondern er hier bleiben müsse, sodann sich seiner anzunehmen, und seinen Vormund zur Einsendung seines zur Administration bey sich habenden väter- und mütterlichen Erb-Antheils zur hiesigen Armen-Hauß-Cassa anhalten zu lassen, gnädigst geruhen möchte, damit er sich hiervon etwas zu Gute thun und besser leben könne." Ich will mich nicht auf eine nachträgliche diagnostische Beleuchtung des Falles A. einlassen, sondern das in seiner Strafsache ergangene wohl vorläufige Gutachten wortgetreu wiedergeben. Es lautet: Der Arme, Johann Christian Gottlob A., welcher, da man an ihm etwas von Melancholie bemerket, aus dem T . . ischen Zucht- und Arbeitshause den 14. Oktober des 1778sten Jahres in hiesiges Armenhaus gebracht worden, und von dessen gegenwärtigen Leibes- und Gemütsbeschaffenheit der hiesige Hauß-Verwalter, Herr Johann Paul G., mein ohnmaßgebliches in der Arzney-Wissenschaft gegründetes Gutachten verlanget; hat einen mit vielen leicht beweglichen Säften angefülleten Körper, dessen festen Teile weder zu schlaff, noch zu gespannt sind; zudem einen bald weichen und geschwinden, bald etwas härteren und wie gespannten Puls, sodaß man ihm in dieser Betrachtung mehr ein blutreiches, als ein cholerisches Temperament zuschreiben könnte. Da jedoch die festen Theile seines Körpers mehr gespannt als schlaff zu nennen sind, da auch sein Puls öfterer hart und gespannt, als weich zu seyn pfleget, so hat er allerdings mehr ein cholerisches, als blutreiches Temperament; und es scheinet, als wenn er in seinen vorigen Jahren ein starkes blutreiches Temperament gehabt hätte, welches seine Natur noch nicht gänzlich abgeändert, doch aber in ein cholerisches Temperament übergegangen wäre. Sein bisheriges äußerliches Betragen hat das, was ich jetzt behauptet, deutlich bestätiget. Denn er pflegte, wie es bei Menschen von einem blutreichen Temperament gewöhnlich, seinen Lüsten und Begierden gern und geschwind Gehör zu geben, war überaus flüchtig, ganz geschwind von einem Entschluß zu einem anderen, wol ganz entgegengesetzten; war aber auch zugleich, wie es cholerische zu sein pflegen, wenn ihm widersprochen, oder seine Lüsten und Begierden widerstrebet, und er zum Gehorsam gezwungen wurde, hitzig, gleich aufgebracht, unternehmend, besänftigt sich jedoch selbst leicht wieder. Seit er vor wenigen Tagen den Armen Johann Christian R. tötlich zu verwunden das Unglück gehabt hat, hat er, wie es Menschen von einem solchen Temperamente eigen ist, nicht längst nach der Tat sich reuig bezeiget, das Unrecht, welches er getan, beweinet, und eine Betrübnis folgen lassen, auch gewünschet, daß der Verwundete nicht sterben möchte.

Bey so bewandten Umständen kann man ihn nicht anders als einen Cholerischen betrachten, der in der Hitze seiner Leidenschaft, ohne vorhergegangene reifliche Überlegung, alle Entschlüsse, die er fasset, sollten es auch die gefährlichsten sein, vollführet, und zu denen kühnesten Handlungen geschickt ist. Ich muß aber noch hinzusetzen, daß er bei der ausschweifenden und unordentlichen Lebensart, die er ehedem geführet, seinen natürlichen Verstand auszubauen, fast gänzlich unterlassen, und ein noch fast ganz roher, wilder und ungezogener Mensch ist.

Ob man ihn nun wol gleich als keinen Melancho-

lischen betrachten kann, so muß man doch bedenken, daß ein cholerischer in der Hitze seiner Leidenschaft, und wenn sein Blut mit übernatürlicher Geschwindigkeit durch seine gespannten und gleichsam zusammengezogenen Adern wallet, seines Verstandes nicht mächtig ist, das, was er unternimmt, nicht genau zu überlegen vermag, und alles das zu begehen fähig ist, was man nur von einem Melancholischen befürchtet: daß dieses von dem Armen A. nun destomehr gilt, da sein Verstand sehr enge Grenzen hat und es ihm an einer gehörigen Beurtheilungskraft fehlet, daß er deswegen fast ebenso gefährlich ist, als ein würklich Melancholischer; und daß, wenn dereinst seine jetzt noch beweglichen vielen Säfte des Körpers mehr und mehr stocken, und folglich unbeweglicher werden, bey der bereits in so jungen Jahren, als das fünf- und zwanzigste Lebensjahr ist, in dem er stehet, anfangenden Spannung der festen Theile seines Körpers, allerdings das bis jetzt noch nicht vollkommen cholerische Temperament in ein würklich Melancholisches übergehen könne und werde. Welches ich durch meines Nahmens eigenhändige Unterschrift und Vordrückung meines Handpetschaftes zu bezeugen, kein Bedenken trage.

Schloß Waldheim den 28. März 1780
D. Justus Wilhelm G.
vereidenter ordentlicher Arzt des hiesigen
Churfürstl. Sächs. Armen- Wayssen und Zuchthausses.

A. wurde nun nach R. überführt und auf den Spruch des Schöppen-Stuhles zu Leipzig, „bewandten Umständen nach, und da dessen zerrütteter Gemüths-Zustand glaubwürdig bezeuget worden; solchergestalt aber die Zurechnung der bemeldten R. von ihm zugefügten tödlichen Verwundung nicht statt finde“, freigesprochen und wieder als Armer nach Waldheim zurücktransportiert, wo er „der Verfassung nach gehalten“ und „Veranstaltungen getroffen werden sollten, daß er weder sich noch anderen Schaden zufügen könne“. A. wurde nun hier zu mehrerer Sicherheit so tags als nachts ans Bett angeschlossen.

Das zweite Aktenstück ist betitelt: Acta, das — von dem in dem Churfürstl. Sächs. Armen-Hauß zu Waldheim wegen Melancholie befindlichen Armen Johann Carl H. draussen in seiner Freyheit begangenen Verbrechen der zweyfachen Ehe betr.

Der besagte H. verheiratete sich am 1. April 1779 als Soldat des Königl. Preuß. Frey-Regimentes des Oberst Baron von Münster zu Halberstadt; später entwich er vom Militär und ging nach Neumarkt vor Merseburg, wo er als Maurer sedem fixam erlangte; 1790 wurde er von Merseburg wegen Verstandeszerrüttung — er hatte gefährliche Handlungen begangen — in das Zucht- und Armenhaus zu Waldheim aufgenommen. Kurz vorher, gelegentlich eines Besuches, den er mit seiner Frau bei seinen Eltern machte, kam es heraus, daß er seit 1775 schon verehelicht war, also in Bigamie lebte.

Seine zweite Ehefrau klagte nun auf Annullierung der von vornherein ungültigen Ehe.

H. wurde nun 1794 in Waldheim in dieser Angelegenheit vernommen, nachdem man sich zuerst in eine Probeunterredung eingelassen hatte, bei der es sich ergab, daß er „eben jetzo mehr als sonst bey sich sey“.

Bei der notariellen Exploration gab er seinen Namen richtig an, auch machte er anscheinend über seine Familie usf. klare Aussagen; er wußte auch von seiner ersten Verheiratung, nur nicht, wann sie stattgefunden habe; er wollte weiter in glücklicher Ehe gelebt haben, und seine Frau und sein Kind nur verlassen haben, weil er sie nicht hätte mehr ernähren können. (!) Wann er sie verlassen hatte, wußte er nicht. Er wäre nun bei obengenanntem Regiment Soldat geworden; während seiner Soldatenzeit dort habe er ohne Aufgebot seine zweite Frau geheiratet. Daß er schon verheiratet gewesen sei, hätte er ihr nicht gesagt. Daß Vielweiberei verboten gewesen sei, hätte er gewußt; „weil er aber in dem Preußischen gewesen, da er die andere Frau geheyrathet, und da alles nachgelassen wäre, so hätte er geglaubt, daß seine zweyte Verheyrathung nichts zu bedeuten habe.“ Wann er sich zum zweiten Male verheiratet hatte, wußte er wieder nicht.

Der aufnehmende Notar fügte diesen Aussagen noch bei, daß die Antworten erst auf oft wiederholte Fragen von ihm zu erlangen gewesen seien, indem er öfters ganz was anderes, als er gar nicht gefraget worden, geantwortet habe.

Es wurde nun folgendes Gutachten über H. abgegeben:

Johann Carl H., welcher einer Melancholie wegen seit dem 26sten Julii 1790 allhier aufbehalten worden, und von dessen Leibes- und Gemüthszustande der hiesige Herr Hauß-Verwalter K. mein ohnmaßgebliches Gutachten erfordert, ist in der fast vierjährigen Zeit seines hiesigen Aufenthaltes selten bey sich gewesen und bey allen mit ihm gehabten Unterredungen habe ich Endesbenannter nie einen Zusammenhang von Ideen wahrnehmen können, sondern vielmehr eine Anhäufung von Ideen beobachtet, die alle durcheinander gemenget so von ihm entwickelt und vorgetragen werden, wie sie ihm in den Sinn

kommen, ohne sie zu ordnen, und miteinander zu verbinden. Auch läßt die ganz trockne und zu gespannte Faser seines Körpers nebst den zähen Säften derselben, die ihn ganz zur Melancholie geschickt machen, und bey zunehmenden Jahren noch trockner, noch gespannter, noch zäher werden müssen, eher eine Verschlimmerung als Verbesserung seiner traurigen Umstände befürchten; zu geschweigen, daß, wie die Erfahrung lehret, ein Gehirn, in welchem eine so große Ideen-Verwirrung Statt findet, höchst selten oder fast nie wieder zum ordentlichen, vernünftigen Denken geschickt wird. Welches alles der Wahrheit gemäß usf.

Darauf wurde befohlen, „bewandten Umständen nach, mit fernerem Verfahren wider den im Armen-Hausse zu Waldheim befindlichen Melancholicum Johann Carl H. noch zur Zeit anzustehen."

Die zweite Ehe wurde für null und nichtig erklärt.

(Aus Kuranstalten Godeshöhe.)

Zur Kasuistik der traumatischen Epilepsie.

Von Dr. *B. Bernard.*

In den nachstehenden Aufzeichnungen glaube ich der Kasuistik der traumatischen Epilepsie einen nicht uninteressanten Fall anreihen zu können. Die Vorgeschichte des Kranken — eines Kollegen — liegt durch ihn selbst und andere Personen, die ihn von Jugend auf kannten, restlos vor: Sohn eines Arztes, der etwas Original, nicht abstinent aber auch nicht alkoholkrank war und an einer Tuberkulose als Influenzafolge starb, und einer angeblich neuropathischen Mutter, war der Kranke als Kind gesund bis auf häufig auftretende nervöse Durchfälle, die ihm auch später blieben und häufig Opiumtropfen erforderten. Der Entwicklungsgang war körperlich und geistig normal; schwere Krankheiten und Infektionen nicht erlitten; verheiratet, ein Sohn.

Bis zu seiner Erkrankung, im Februar 1909, im 33. Lebensjahre, hat Dr. H. seine Praxis, die recht ausgedehnt war, in vollem Umfange versorgt, niemals krankhafte Erscheinungen geboten. Er gibt leichten Alkoholabus zu, hat aber nicht in baccho exzediert. Im letzten Jahre sehr mäßig, schließlich abstinent.

Von äußeren Schädigungen, die den Kranken getroffen haben, ist nur folgendes zu erheben: Vor sechs oder sieben Jahren, an einem Abend auf einer Radtour ohne Laterne gestürzt, oder direkt auf ein Hindernis gefahren, kam er mit zerschundenem Gesicht heim. Keine Folgen, keine Unterbrechung seiner Tätigkeit bis 1908.

Im Jahre 1908 erlitt Dr. H. dann einen Unfall, der so geschildert wird: Dr. H. fuhr auf dem Wege zu einem Impftermin durch eine dichte Staubwolke, die von der elektrischen Bahn und anderem Fuhrwerk verursacht wurde. Er konnte nicht mehr vorwärts umschauen, fühlte aber und sah sich plötzlich der Deichsel eines entgegenkommenden Fuhrwerks gegenüber, gab seinem Rade einen Schwung und flog in hohem Bogen auf die andere Seite der Landstraße. Fallend zog er sich Verletzungen an Hals und Kopf zu, an der Gesichtshaut, wie er selbst sagte, Abschürfungen, keine eigentlichen Wunden. Er fuhr mit der elektrischen Bahn nach Hause, wo die ganze Nacht hindurch Umschläge auf den Kopf gemacht wurden. Dabei waren starke allgemeine Kopfschmerzen vorhanden. In den allernächsten Tagen schon nahm Dr. H. seine Praxis wieder auf. Im Laufe des Jahres klagte er dann viel über Kopfschmerz, besonders der rechten Stirnseite über dem Auge. Er wurde auch nervös, leichter müde, schlief schlechter. Lebte dabei sehr vorsichtig, ruhig. Im Januar 1909 nach einer Influenza steigerten sich die Kopfschmerzen. Der Kranke glaubte sich bei der Behandlung einer Stirnhöhleneiterung mit solcher angesteckt zu haben. Urinuntersuchung derzeit ohne krankhaften Befund.

Am 10. Februar stand Dr. H. gewohnheitsgemäß sehr früh auf, um zu arbeiten. Die Dienstmagd sah ihn kurz darauf, eine Decke über den Knien, neben einem kleinen Tische mit Zeitschriften sitzend lesen. Sehr bald darauf hörte sie aus seinem Zimmer ein röchelndes Husten, eilte hinzu und fand Dr. H. auf dem Rücken liegend, die Füße in die Decke gewickelt, mit einer blutenden Wunde über dem linken Auge. Eine der vier Fußleisten des sogenannten Bauerntischchens war durchgeschlagen. Die Gattin des Kranken kam; er sagte ihr: „ich bin gefallen". Kurz darauf erkannte er seine Frau sichtlich nicht mehr. Ein sofort herbeigerufener Kollege sah dann nach einer Viertelstunde heftige Krämpfe auftreten, die im Laufe des Vormittags achtmal sich wiederholten. Auf kurze Zeit klar, sagte der Kranke: „Ich

wollte mir eine Zeitung holen" (von dem nebenstehenden Tische). Dann wurde er wieder bewußtlos, blieb es bis Mitternacht, wo volle Klarheit zurückkehrte. Nur einen Tag ließ sich Dr. H. im Bett halten, übte dann wieder bis 21. Februar seine Praxis aus. Hierbei zeigte er einigemale ungewohnte Vergeßlichkeit. Einmal stand er in der Nacht auf und ging in sein Zimmer, in der Annahme, es sei Sprechstunde. Dann ließ er sich zu einem Kuraufenthalt bereden.

Die Untersuchung in meiner Anstalt (gemeinsam mit Dr. O. Pohl) am 22. Februar ergab körperlich bei dem schlanken, zarten Manne leicht asymmetrischen Schädel, eine schmalstrichförmige, 1 cm lange Narbe auf dem linken Stirnhöcker. Der M. rectus internus des rechten Auges zeigt mäßige Insuffizienz. Deutlicher Zungentremor, Abweichung der Zunge nach links. Am linken Zungenrande Bißnarbe mit frischem gelblichweißen Epithelbelag.

Der Kranke gibt an, er sei seit früher Jugend auf linkem Auge schwachsichtig und dessen Pupille meist weiter als die rechte. Reflexe und Sensibilität nicht merkbar verändert, bei Augenfußschluß leichte Unsicherheit und Lidflattern. Kopfnerven an den Austrittsstellen druckempfindlich, besonders Supraorbitalis rechts. — Psychisch geordnet und besonnen, kann aber nur kurze Zeit dem Gespräch folgen, ist dann für Augenblicke wie geistesabwesend.

In den ersten Tagen des Anstaltsaufenthalts erst sekundenlang Zustände, in denen die Sprache stockt, wobei Parästhesien in den Gliedern bestehen. Dann auch völlige Absenzen während äußerlich richtiger Handlungen. Am 4. Tage meldete der Pfleger einen epileptischen Anfall nach dem Bade, völlige Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Munde usw. Der Kranke sagt am folgenden Tage, daß er an der Sprachhemmung gemerkt habe, daß etwa ein Anfall sich vorbereitete. Stellt selbst die Diagnose auf Epilepsie. In den nächsten Tagen erschienen nun mehrfach Krampfanfälle, die sich ab 1. März häufen. Der linke Arm ist schlaff gelähmt, kann aktiv nicht bewegt werden, wird aber im Anfall bis über Schulterhöhe gehoben. Ein Versuch des Kranken, seinen Arm zu bewegen oder passive Bewegungen des Armes lösen in den nächsten Tagen Krampfanfälle aus. Die Anfälle häufen sich, erscheinen alle 10 bis 15 Minuten und sind von Halbminutendauer. Wieder klar werdend nach den Anfällen, ist der Kranke deprimiert und verlangt häufig feuchte Packungen, die ihm wohltätig sind. Die Körperwärme war am 2. März gesteigert, sank am 4. März wieder ab und stieg dann bald wieder, bis auf 39° C. Es waren die Anzeichen einer Pneumonie vorhanden. Am 4. März war der Kranke viel benommen, am 5. März trat unter gehäuften Anfällen — alle fünf Minuten — und unter steigender Atembehinderung der Tod ein.

Der Sektionsbericht lautet: Schädeldecken ohne krankhaften Befund. Die Dura ist mit der Innenfläche des Schädels vorn rechts in der Höhe der Stirnhöhle am Stirnbein strangförmig zwischen Knochenlamellen des dort deutlich verdickten Schädels eingeklemmt und deutlich verdickt. Auf der Innenfläche ist die Dura von sehr derber faseriger Beschaffenheit und von zahlreichen gelblichbraunen Flecken durchsetzt (alte Blutung). Das Gehirn bietet außer einer deutlichen Hyperämie keine Besonderheiten, insbesondere ist die Pia in ganzer Ausdehnung ungetrübt. Die Lungen zeigen beiderseits Hypostasen und Ödem. Herz und die übrigen sezierten Organe keine Besonderheiten.

Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung. Erstens: verdickte Dura, altes Granulationsgewebe mit zahlreichen, braunes Pigment führenden Zellen. Ein Teil des Pigments gibt positive, ein anderer negative Eisenreaktion. Es handelt sich also offenbar um das Produkt einer alten Blutung. Zweitens: verdickte Schädelknochen; die Verdickung besteht aus neugebildetem Knochengewebe, kein sicherer Anhalt für Frakturfolgen. (Sektion durch Herrn Dr. Prym vom pathol. Institut Bonn.)

Aus der Vorgeschichte und dem Sektionsbefunde schlossen wir, daß Patient bis zu seiner jetzigen Erkrankung als gesunder Mann galt und sich fühlte, obgleich er den bescheidenen Opiumgebrauch und früheren Alkoholgenuß zugab; ferner, daß die vor sechs oder sieben Jahren erlittene Verletzung keine Folgen zeitigte und nicht in ursächlichem Verhältnis zu der später aufgetretenen Epilepsie stehen könne, daß dies wohl aber der Fall sei bei der Verletzung im Jahre 1908. Eine Stirnwunde ist nicht vorhanden gewesen, subjektiv wurden aber sich steigernde Kopfschmerzen an der rechten Stirnseite, leichte Ermüdbarkeit, Nervosität und häufiger Schlafmangel seit dem Sturze empfunden, so daß der Kranke schließlich an eine Stirnhöhlenerkrankung (die im Berufe erworben sein sollte) dachte. Die Sektion zeigte die eingeklemmte Dura. Wir mußten nun nach Vorgeschichte eine andere als eine traumatische Entstehung dieses Befundes ausschließen. Eine lokale luetische Verdickung hätte wohl kaum die Dura einklemmen können, eher vor sich hergeschoben; für eine beiderseitige Verdickung, wie etwa am Paralytikerschädel, fehlt jeder Anhalt. Wir halten trotz des Sektionsberichtes dafür, daß bei dem Unfall ohne

Hautverletzung und ohne Verletzung der äußeren Knochentafel ein Bruch der inneren Tafel statthatte, der zurückfedernd die durch Kontrekoup fest angedrückte Dura nun einklemmte. Die Blutung, die dabei erfolgt sein muß und in ihren Resten noch nachgewiesen werden konnte, kann eine besondere Stärke nicht gehabt haben, denn Druckerscheinungen eines größeren Ergusses und Rückgang solcher bei der allmählichen Resorption, die doch immerhin auch einige Tage gedauert haben würde, sind nicht beobachtet worden. Der frühere nicht übergroße Alkoholgenuß kann auch nicht füglich als Ursache einer so spät aufgetretenen Epilepsie gelten, denn bei der gleich nach dem Unfalle einsetzenden Temperenz und baldigen Abstinenz — fast durch Jahresfrist — sind nicht wie üblich Rückgänge der Vorerscheinungen, sondern Verschlimmerung eingetreten. Auch die Leichenöffnung ergab an keinem Organ Alkoholschädigung — es wurde genau darauf geachtet. Den Fall am Morgen des ersten beobachteten Krampfanfalles konnten wir als ursächlich für diesen nicht ansehen — die kleine Hautwunde über dem Auge links besagt wohl kaum etwas —, sondern sind eher der Ansicht, daß das Vornüberfallen schon eine Erscheinung eines beginnenden Anfalls war.

Wir haben aus dem Verlaufe der Vorerscheinungen und dem Sektionsbefunde den Schluß gezogen, daß die Einklemmung der Dura ohne eine nachweisbare Verletzung der Hirnmasse selber einen ständigen Reiz darstellte, daß die Summierung der steten Reize endlich die Epilepsie ausgelöst hat. Ob die Häufung und die deletäre Form der Anfälle nun nur auf den mechanisch gleichbleibenden Reiz zurückzuführen ist, bedenklicher werdend durch steigende Inanspruchnahme des Gehirns, oder ob man in dieser und damit auch einer chemischen Reizung und endlichen Autointoxikation die größere Bedeutung zu suchen hat, ist mir praktisch unwichtig erschienen, zumal sich die Dinge wohl nicht trennen lassen. Mag man auch eine gewisse Vorveranlagung annehmen, so ist doch das Trauma hier wohl die Ursache der Epilepsie. Wie die Sache lag, durfte man an eine operative Narbenbeseitigung nicht denken, da keine Narbe zu vermuten war.

Material zu § 1569 BGB.

Aus dem Ehescheidungsurteil des III. Zivilsenats des Königlichen Oberlandesgerichts in Königsberg i. Pr. vom 19. April 1909.

„. . . Der Sachverständige Dr. D. kommt unter Verwertung der neuen Beweisaufnahme zu dem Schlusse, daß die Geisteskrankheit länger als drei Jahre nach Eingang der Ehe ununterbrochen bestehe und daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten sicher in der Zeit des A.er Aufenthalts, also vom 29. Januar bis zum 6. März 1906 aufgehoben gewesen sei. Es sei wohl anzunehmen, daß, da die Geisteskrankheit fortbestehe, auch die geistige Gemeinschaft noch weiter aufgehoben sei. Nach menschlichen und wissenschaftlichen Erfahrungen sei die Wahrscheinlichkeit auf Wiederherstellung der Gemeinschaft eine so geringe, daß man von ihr besser nicht spreche. Um eine Wiederherstellung für wahrscheinlich zu halten, müsse man positive Anhaltspunkte haben; solche seien hier aber nicht vorhanden.

Der Senat folgt diesem Gutachten dahin, daß Beklagte geisteskrank ist, daß die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben ist.

Da ferner der Sachverständige erklärt, die Wahrscheinlichkeit für ihre Wiederherstellung wäre eine so geringe, daß man von ihr besser nicht spreche, es wären keine positiven Anhaltspunkte für eine solche Möglichkeit gegeben, so nimmt der Senat an, daß nach menschlichem und wissenschaftlichem Ermessen jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Eine Unmöglichkeit der Wiederherstellung verlangt das Gesetz nicht."

Mitteilungen.

— **Pommersche Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie.** Sitzung: am Sonnabend, den 17. Februar 1912 im „Preußenhof" in Stettin. Ungefähr 20 Mitglieder der Vereinigung sind anwesend. Der Vorsitzende, Herr Mercklin-Treptow a. Rega eröffnete um $5^1/_4$ Uhr nachmittags mit einer Begrüßung der Anwesenden und einigen geschäftlichen Mitteilungen die Sitzung. Darauf erstattete Herr Niesel-Stettin den Kassenbericht.

Zur Tagesordnung:

1. Herr Häckel-Stettin: „Über die Förstersche Operation bei Rückenmarkserkrankungen". An der Hand von Zeichnungen gab der Vortragende zunächst eine eingehende Schilderung der Idee und der Technik

der Försterschen Operation und ihrer verschiedenen Modifikationen. Die Operation, die Herr Häckel als sehr eingreifend und schwer schildert, ist bis jetzt in 85 Fällen ausgeführt worden; Häckel selbst hat zweimal operiert. Angewandt wird die Förstersche Operation, die darauf beruht, die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes entweder innerhalb des Duralsackes oder außerhalb desselben zu durchschneiden, bei der Littleschen Krankheit, um die spastischen Kontrakturen zu beheben, bei Tabes dorsalis zur Bekämpfung der gastrischen Krisen, bei multipler Sklerose und bei spastischer Spinalparalyse. Trotz aller bisherigen Mißerfolge (16% Mortalität) glaubt Häckel, daß der genial ausgedachten Operationsmethode eine Zukunft beschieden sein wird, wenn erst die Technik leichter geworden ist.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Schnitzer-Stettin und Mangelsdorf-Stettin, die Fragen betreffend der Indikationsstellung an den Vortragenden richteten, besonders bei den Fällen, bei denen die Rückenmarkserkrankung mit hochgradigem Schwachsinne verbunden sei.

2. Herr Halbey-Ückermünde berichtete: „Über Kombinationen narkotischer und Schlafmittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskrankheiten". Ausgehend von den experimentellen Untersuchungsergebnissen Bürgis, daß eine erhebliche Verstärkung des pharmakologischen Effektes eintritt, wenn zwei Medikamente mit verschiedenen Substanzen des Organismus chemisch verwandt sind, d. h. wenn sie verschiedene Zellrezeptoren haben, und daß die Wirkungen verschiedener Narkotika mit dem gleichen Zellrezeptor (z. B. solcher aus der Fettreihe) sich nur addieren, behandelte der Vortr. die klinischen Erfahrungen mit zahlreichen Kombinationen von narkotischen und Schlafmitteln. Er empfiehlt eigene erprobte Paarungen (Chloral und Veronal; Chloral und Neuronal) und eine Methode, die gewissermaßen der Vereinigung der Kombination narkotischer Mittel mit der Darreichung in refracta dosi darstellt und die es ihm recht häufig möglich gemacht hatte, schwerere chronische Erregungszustände zu bekämpfen. (Der Vortrag erscheint demnächst in dieser Zeitschrift.)

In der Diskussion bestätigte Herr Colla-Finkenwalde die kräftigere Wirkung solcher Kombinationen, unter denen ihm auch die Kombinationen von Hypnotika und Nervina gute Dienste geleistet hatten. Es eröffneten sich der Therapie durch derartige Kombinationen unbegrenzte Möglichkeiten. Herr Mangelsdorf-Stettin sprach speziell über das Dormiol in der Behandlung der Epilepsie. Herr Mercklin-Treptow a. Rega warnte vor der Anwendung des Chloralhydrates.

3. Herr Horstmann-Stralsund erläuterte an der Hand zahlreicher Pläne die neue pommersche Provinzial-Heilanstalt bei Stralsund, die im Juni 1912 eröffnet werden soll. Besonders behandelte der Vortr. das sogenannte feste oder Verwahrungshaus für geisteskranke Verbrecher. Horstmann bedauerte, daß dieses Haus im Rahmen der sonst so frei ausgestalteten Anstalt allzu fest sich ausmache. Die neue Anstalt in Stralsund soll auf 1000 Betten ausgebaut werden. Die Bausumme beträgt 4 Mill. Mark.

4. Herr Neumeister-Stettin: „Zur Kasuistik der Epilepsie". Der Vortragende berichtete über eine Patientin, eine Epileptika, bei der seit 18 Jahren alle drei bis sechs Wochen ein Anfall mit Temperatursteigerung beobachtet wurde (war früher tuberkulös). Dieser regelmäßige Turnus der Anfälle wurde im Mai 1911 unterbrochen, als Neumeister der Kranken eine Heilserumeinspritzung (1500 Immunitätseinheiten) machte, auf die sich eine allgemeine Dermatitis einstellte, und die Anfälle 17 Wochen ausblieben. Angeregt wurde Neumeister zu dieser Einspritzung durch die Empfehlung dieser Behandlung bei Blutern. Der Vortragende empfiehlt Heilserumeinspritzungen bei gegebenen Fällen eventuell mit weniger Immunitätseinheiten; wogegen Schnitzer-Stettin in der Diskussion gerade die Erzeugung der allgemeinen Dermatitis, durch hohe Immunitätseinheiten hervorgerufen, für das vorübergehende Schwinden der epileptischen Anfälle verantwortlich machte.

6. Herr Simon-Greifswald: „Über die Bedeutung der assoziationspsychologischen Untersuchungen für die Psychiatrie". Der Vortrag fiel aus, da der Vortragende nicht anwesend sein konnte.

6. Herr Tomaschny-Treptow a. Rega: „Über Gehörshalluzinationen bei progressiver Paralyse". Während Mendel bei Paralyse sehr selten Halluzinationen beobachtet hatte, so fand Krafft-Ebing dies häufiger. Tomaschny fand auf Grund seiner ausgedehnten Beobachtungen in ca. 60% der paralytischen Fälle Gehörshalluzinationen und meinte mit Brissaud, daß diese Erscheinung in letzterer Zeit häufiger beobachtet würde, wie in früheren Zeiten.

Voraussichtlich findet im Sommer dieses Jahres eine Sitzung in der psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald statt. Halbey-Ückermünde.

— **Neue Irrenanstalt in Westpreußen.** In der Sitzung des Provinzial-Landtags der Provinz Westpreußen am 28. Februar d. Js. wurde nach längerer Debatte beschlossen, die Irrenanstalt Neustadt um 380 Betten auszubauen und eine vierte Provinzial-Irrenanstalt in Deutsch-Eylau zu errichten. Ein Antrag des Bürgermeisters Müller (Deutsch-Krone), die Anstalt in Deutsch-Krone zu errichten, wurde abgelehnt.

— **Neue Irrenanstalt und Erweiterungen in Brandenburg.** Auf den von Bürgermeister Matting-Charlottenburg namens der Etatskommission erstatteten Bericht beschloß am 2. März d. Js. der brandenburgische Provinziallandtag zu den für die Erweiterung der Landesirrenanstalt zu Eberswalde nach Maßgabe der vorliegenden Kostenanschläge bereits bewilligten 1 304 000 M. noch weitere 210000 M. aus der neuen schwebenden Schuld für Irrenanstaltserweiterungen zu bewilligen.

Ferner stimmt er dem Etatskommissionsantrage zu: „Provinzial-Landtag wolle für die Erweiterung der Idiotenanstalt in Lübben zu den vorjährigen 19 500 M. noch die nunmehr nachgewiesenen Kosten von 538 200 M. aus der schwebenden Schuld für Irrenanstaltsbauten bewilligen."

Alsdann berichtet Bürgermeister Matting weiter namens der Etatskommission über die Errichtung der sechsten Landesirrenanstalt in Brandenburg a. H. Hauptsächlich gilt es, unter Genehmigung der vorgelegten Entwürfe für den Bau der Landesirrenanstalt zu Brandenburg zu den bereits im Vorjahre bewilligten 1400000 M. die nunmehr nachgewiesenen Kosten von 6600000 M. aus den Mitteln der neuen schwebenden Schuld für Irrenanstaltsbauten zu bewilligen. Ferner kommt ein Gelände-Tauschvertrag mit der Stadtgemeinde Brandenburg in Betracht.

Nach sehr, sehr langer Beratung wird auf Antrag des Oberbürgermeister Werner die Vorlage noch einmal an die Etatskommission zurückverwiesen.

Dann wird die Vorlage über eine Erweiterung des Grundbesitzes der Landesirrenanstalt Neuruppin durch Ankauf des Gutes Treskowberg bei Neuruppin unter möglichst günstigen Bedingungen angenommen.

Referate.

— Lipmann, Otto, Die Spuren interessenbetonter Erlebnisse und ihre Symptome. Theorie, Methoden und Ergebnisse der „Tatbestandsdiagnostik". (Beihefte zur Zeitschrift für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung. Herausgegeben von William Stern und Otto Lipmann. Heft 1.)

Darstellung der Methoden der Tatbestandsdiagnostik und diesbezüglicher Experimente. Nach L. ist das Wort Tatbestandsdiagnostik eine unzweckmäßige Bezeichnung; denn es handelt sich bei diesen Methoden nicht um die Feststellung des Tatbestandes, sondern um die Frage: Sind in einem Menschen Spuren eines Tatbestandes vorhanden?

Als Methoden kommen in Betracht: Symptomatologische Assoziationsversuche, symptomatologische Aussage-, Aussageassoziations- und Kombinationsversuche, symptomatologische Auffassungs- und Ablenkungsversuche, symptomatologische Verwertung physiologischer Erscheinungen.

Betreffs der Möglichkeit einer einwandfreien Verwendung symptomatologischer Methoden im Strafprozeß, weist Verf. darauf hin, daß an die Übertragung des Experimentes in die Praxis noch nicht gedacht werden könne, da noch viel Arbeit nötig sei zur prägnanten Herausarbeitung der Symptome. Dafür sprechen auch die in dieser Frage herrschenden, oft recht auseinandergehenden Meinungen anderer Autoren.

Besonders werden drei Fragen diskutiert:

I. Ist die Symptomatologie überhaupt von praktischer Bedeutung?

II. Ist die Einführung symptomatologischer Versuche in den Strafprozeß unter den heute geltenden Bestimmungen möglich?

III. Wie wären symptomatologische Versuche in den Strafprozeß einzufügen?

Heinicke-Waldheim.

— Schelling, Dr. O., Die Neuralgien der täglichen Praxis. Berlin, Verlag von J. Springer, 1911.

Eine sehr verdienstvolle, auf reicher Erfahrung und Literaturkenntnis beruhende Arbeit, die nicht bloß dem praktischen Arzt, wie Verf. meint, sondern auch dem Neurologen viele wertvolle Winke gibt, in der Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Krankheitszuständen, auch solchen traumatischen Ursprungs, wie sie so häufig in der Praxis dem Arzt entgegentreten, ohne daß die Diagnose Neuralgie ohne weiteres erkennbar ist. Nicht behandelt werden in der vorliegenden Broschüre Krankheitszustände hysterischer, neurasthenischer, alkoholischer Herkunft usf. Heinicke-Waldheim.

— Reichardt, M., Untersuchungen über das Gehirn. I. Teil: Über Todesarten und Todesursachen bei Hirnkrankheiten. Mit 57 Abbildungen im Text. (Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Herausgegeben von Privatdozent Dr. M. Reichardt. 6. Heft.) Jena, Verlag von G. Fischer, 1911.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß es im Gefolge von Hirnkrankheiten charakteristische Todesarten gibt, von denen er folgende bis jetzt aufstellt: Tod nach wahrscheinlich zerebraler, sicher endogener Abmagerung, auch wenn das Maximum der an sich tödlichen Abmagerung nicht erreicht ist; Tod im zerebrospinalen sogenannten Marasmus; Tod nach trophischen Störungen; Tod nach auffallenden Temperaturerscheinungen; Tod nach starken, anfallsartigen Störungen, wobei manchmal gleichzeitig ein abnormes Verhalten des Körpergewichts im Sinne von Mästung oder Abmagerung vorangegangen war; Tod nach starken und charakteristischen (anscheinend) psychischen Symptomen; Tod ohne alle auffallenden akuten klinischen Symptome. Verf. glaubt, daß diese verschiedenen Todesarten in Beziehung zu bringen seien zu einer verschiedenen Lokalisation des Krankheitsprozesses im Gehirn, wobei dann auch die individuell verschiedene Hirnorganisation usf. zu berücksichtigen sei. Verf. ist weiter der Meinung, daß durch die Konstatierung solcher Todesarten auch das Verständnis für die jeweilige Todesursache eher gelöst werden könne. Aus dem Gesagten geht schon hervor, wie wichtig für die Psychiatrie ein richtiges Studium des Körpergewichtes ist; es soll infolgedessen auf die diesbezügliche Erörterung des Verf.s, besonders im 2. Kapitel, über die zahlenmäßige und graphische Darstellung der Körpergewichtsverhältnisse noch ausdrücklich hingewiesen sein. Heinicke-Waldheim.

— Sommer, R., Dr. med. et phil., ord. Prof. an der Universität Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, VI. Bd., I. Heft. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S, 1911.

Dieses Heft enthält drei größere Arbeiten und eine Besprechung Sommers von J. Mourly Volds Werk: Über den Traum, soweit es bis jetzt erschienen ist. Die erste Arbeit, betitelt: Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen, von G. Klepper, zeigt, daß man schon aus Assoziationsprüfungen allein, oder in Verbindung mit anderen Prüfungen sehr wohl in der Lage ist, auch ohne anamnestische Kenntnisse katatone und epileptische Zustände mit gewisser Wahrscheinlichkeit zu trennen. Beiden gemein ist die Perseveration; paralogische

Reaktionen sind auf katatone Zustände verdächtig, ebenso hochstehende, manirierte Assoziationen, während Assoziationen dürftiger Art, mit deutlich verlängerten Assoziationszeiten bei Epilepsie vorkommen können. In der zweiten Arbeit: Zur Untersuchung der Assoziationen bei Maniakalischen kommt Kilian zu dem Schluß, unter Vergleich diesbezüglicher Untersuchungen Sommers und Isserlins, mit einem selbst beobachteten, sehr fleißig studierten Falle, daß Katatonie und Manie bei Assoziationsprüfungen ebenfalls ihre Besonderheiten haben. Der einem Referat zur Verfügung stehende Raum gestattet es leider nicht, ausführlicher auf diese Assoziationsfragen einzugehen. Die dritte Arbeit sucht nachzuweisen, daß die genauere Untersuchung der verschiedensten Bewegungsvorgänge, namentlich der willkürlichen Bewegungen, mittels graphischer Methoden für Neurologen und Psychiater, überhaupt für den Kliniker unentbehrlich sei. Verf. (Dr. Pfahl-Ahrweiler) hat selbst einen Apparat konstruiert und eine eigene Methodik ausgebildet. Er gibt in seiner Arbeit allgemeine Vorschriften für die Konstruktion von Apparaten, ihre Anwendung usf. Heinicke-Waldheim.

— Jentsch, Dr. Ernst, Musik und Nerven. II. Das musikalische Gefühl. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1911.

Sehr anregend geschriebene Broschüre, die unter Berücksichtigung physiologischer und psychologischer Erfahrungstatsachen bezüglich der Wirkung der Musik auf den Menschen, sich mit dem musikalischen Gefühl (musikalischem Empfinden, musikalischem Genießen, pathologischen musikalischem Fühlen, musikalischer Anlage) beschäftigt. Der Raum eines Referates ist zu klein, als daß sich darin auch nur einigermaßen die Menge der in dieser Arbeit zutage tretenden Gedanken erschöpfen ließe. Es sei nur auf einiges hingewiesen: Auf die starke Wirkung des Erhabenen, also auch der Musik, auf die Muskelinnervation; durch sie wird verhindert, daß sich der Empfindende in jener gewissermaßen selbst verliert; die erhabene Musik wahrt also sozusagen die Distanz zwischen Sinnlichem und Übersinnlichem, ohne indes die Persönlichkeit des Empfindenden auszulöschen. Aber die Musik wird und wurde auch zu praktischen Zwecken betrieben (Kriegstänze; Musik war bei den Festen der Alten wichtig für den Fortgang öffentlicher Interessen; die Spartaner beriefen den Tyrtaeus während ihrer Messenierkämpfe usf.); sie ist auch heute imstande, zur Förderung von Kulturaufgaben beizutragen und wenn es ihr glückt, in einem ärmlichen Gemütsleben einen einzigen Ewigkeitsschimmer zu erwecken, so erfüllt sie damit vielleicht ihre größte Aufgabe.

Betreffs des pathologischen musikalischen Fühlens muß man zweierlei auseinanderhalten, einmal das musikalische Gefühl psychisch erkrankter Individuen und zweitens das pathologische musikalische Gefühl Normaler. Wahrscheinlich gibt es eine Art Musikzentrum in der Nähe der Insel. Die Musik kann auf den Kranken einwirken im Sinne einer sie von gewissen psychischen und körperlichen Gebresten befreienden Retterin usf. Die Musikanlage ist ferner beim Menschen noch in der Fortbildung betroffen, sie ist bei besonders Befähigten meist vererbt, nicht immer in derselben Form, event. gleichzeitig mit bestimmten körperlichen Eigenschaften, zuweilen eingeschränkt, zuweilen erweitert. Auch Krankheitsanlagen können bei Künstleranlage vererbt sein, aus Migräne in der Aszendenz werden Krämpfe. Manche abnorme körperliche Anlagen sind für gewisse Berufe eine günstige Mitgabe, z. B. eine schlanke Hand für den Pianisten; zu den Degenerationszeichen, die speziell mit der musikalischen Anlage gern vergesellschaftet sind, gehört die abnorme Fülle des Haupthaares; Musikbefähigte haben gutes musikalisches Gedächtnis, sie haben noch andere Anlagen, z. B. als Bühnenkünstler. Die Frage, ob sich der musikalische Sinn am Schädel ausprägt, ist noch ungeklärt. Heinicke-Waldheim.

Therapeutisches.

— **Zur internen Behandlung der Syphilis, besonders mit Hg-Glidine.** Von Dr. M. Lewitt, Berlin. „Fortschritte der Medizin", Nr. 42, 1911.

Nach den neueren Untersuchungen über das Verhalten des Quecksilbers im Organismus gelangt dasselbe nicht in Form einer konstanten chemischen Verbindung — des Quecksilberoxydalbuminates der älteren Autoren — zur Wirkung, sondern in Form eines konstanten chemischen Zustandes, des Merkuriions, und unterscheidet sich die Wirksamkeit der verschiedenen Quecksilberpräparate darin, wie sie lokal wirken (Ätzung, Eiweißfällung), wie schnell sie in die Zirkulation gelangen und mit welcher Schnelligkeit ein Merkuriion bestimmte Konzentration erreicht.

Die Versuche, eine Form zu finden, die als eine geeignete, langsam aktiv werdende Verbindung anzusprechen ist und ohne Schaden vom Organismus in solchen Mengen vertragen wird, die in Form organischer Salze toxisch wirken, wurden von Prof. Carl Neuberg (Therapeut. Monatshefte, 1908, 11) an Tieren ausgeführt. Benutzt wurde ein an Pflanzeneiweiß gebundenes Quecksilber, das von der chemischen Fabrik Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz, unter dem Namen Hg-Glidine in den Handel gebracht wird.

Das Präparat ist zum Teil in Wasser löslich, die Tabletten zerfielen mit lauwarmem Wasser zu einer gleichmäßigen feinen Suspension.

Zur Eruierung des Verhaltens im Tierkörper hat auch Piorkowski (Allgem. Med. Zentral-Zeitung, 1909, 5, p. 59) einer Anzahl Kaninchen Hg-Glidine per os einverleibt.

Nach den günstigen Ergebnissen im Tierversuch hat Lewitt bei Syphilitikern das Mittel erprobt.

Angewandt wurde Hg-Glidine in Tabletten, von denen jede 0,005 g an Pflanzeneiweiß gebundenes Hg enthielt. Die Verordnung war: zwei- bis dreimal täglich ein bis zwei Tabletten, nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Im allgemeinen wurde Hg-Glidine, selbst in großen Dosen, von den Verdauungswegen gut ver-

tragen, Koliken und Durchfälle kamen bei geeigneter Diät fast gar nicht vor.

Die Urinuntersuchungen (in der Königl. Landwirtschaftlichen Hochschule zu Berlin, Geheimrat Zuntz, ausgeführt) ergaben stets eine zu der verabreichten Dosis Hg-Glidine proportionale Menge Quecksilber, so daß man von einer gleichmäßigen Resorption des Quecksilbers sprechen kann.

„Zusammenfassend ergeben die bisherigen Beobachtungen, daß die toxischen Eigenschaften von Hg-Glidine durch die organische Bindung wesentlich herabgesetzt sind und daß es neben Mergal zu den wirksamsten und empfehlenswertesten Mitteln für eine innere Quecksilberkur gerechnet werden darf, während alle anderen Präparate mehr oder minder den Nachteil haben, daß sie zu leicht Koliken, Enteritis und Darmblutungen als recht lästige Nebenwirkungen des Quecksilbers hervorrufen. Nach wie vor werden wir der Injektions- oder Einreibungskur entschieden vor der internen Behandlung den Vorzug geben, denn sie üben eine nachhaltigere Wirkung aus, wie die Urinuntersuchungen oben gezeigt haben. Es bleiben aber immer noch Fälle genug übrig, bei denen die innere Behandlung ihren Platz behauptet. So ist zuweilen z. B. bei schwächlichen Frauen und Kindern die Injektionskur nicht durchführbar, oder bei Personen, die mit Lichen pilaris behaftet sind, ist das Eindringen der Quecksilbersalbe ungemein erschwert."

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Schmierkur, falls sie nicht einem geschulten Masseur übertragen wird, von den Kranken selten gewissenhaft ausgeführt wird und die Injektionen zuweilen auch ihre Schattenseiten haben, so wird man diese bequeme sowie diskrete Anwendung des Mittels als einen nicht zu unterschätzenden Vorteil erachten müssen, selbst gegenüber einer eventuellen ungleichmäßigen Wirkung, auf die wir bei dem individuell verschiedenen Resorptionsvermögen des Darmes gefaßt sein müssen.

Es ist angebracht, Hg-Glidine in kleineren Dosen — etwa täglich zwei bis drei Tabletten — zu verordnen, wenn bei einer Injektionskur Stomatitis aufgetreten ist und man zu einer Unterbrechung der Kur gezwungen ist.

— **Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin.** Von Dr. med. Rudolf Kohler, Assistent der Klinik und Frl. Martha Plaut, cand. med. Aus der I. medizinischen Klinik der Universität in Berlin (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His). Zeitschrift für klin. Medizin, 74. Bd., H. 3/4.

Rosenbachs Tuberkulin erfüllt die Aufgabe, bei Erhaltung der immunisierenden Eigenschaften die Giftigkeit herabzusetzen, in hervorragendem Maße. Es entsteht durch biochemische Beeinflussung von Tuberkelbazillen und ihrer Nährböden durch das Trichophyton holosericum album.

Rosenbach gibt die Giftigkeit seines Tuberkulins als wenigstens 100 mal geringer an als diejenige von Kochschem Alttuberkulin.

Verff. behandelten etwa 40 Fälle mit Rosenbachschem Tuberkulin (Firma Kalle & Co. in Biebrich am Rhein).

Verff. glauben bei ihren guten Erfahrungen mit dem Rosenbachschen Mittel eine Überlegenheit desselben über andere Tuberkuline annehmen zu dürfen.

Außer auf das Gewicht und den Lungenbefund konnte eine weitere günstige Einwirkung des Tuberkulins fast durchweg auf die Temperatur festgestellt werden.

Am allerauffallendsten aber war der Einfluß des Tuberkulins auf die subjektiven Beschwerden der Patienten, und zwar oft schon nach wenigen Injektionen.

„Der Husten besserte sich sehr oder verschwand vollständig. Nachtschweiße, an denen die Mehrzahl litt, hatten am Schluß der Behandlung nur noch vier Patientinnen. Der Appetit hob sich zusehends und die Schmerzen besserten sich fast immer in hervorragendem Maße oder ließen vollständig nach, und das Allgemeinbefinden wurde ein sehr gutes."

Temperaturreaktionen zeigten sich in der Mehrzahl der Fälle, nämlich bei 22 Kranken.

Als Herdreaktion wird die zuweilen nach der Injektion sich steigernde Intensität der Rasselgeräusche bezeichnet, dieselben bessern sich aber später.

Die Verff. begannen im allgemeinen mit 0,1 ccm und stiegen jedesmal um 0,1 ccm bis zu 1 ccm, dann wiederholten sie diese Dosis einige Male, um dann mehrfach 1,5, 2, 2,5 und 3 ccm zu injizieren und bei dieser Gabe dauernd zu bleiben. Über diese Dosis hinauszugehen, hielten sie nicht für notwendig. Nur in einem Fall wurden 5 ccm ohne besondere Beschwerden gegeben.

„Werden die ersten Gaben ohne Reaktion und ohne sonstige Beschwerden gut vertragen, so kann auch bis zu 1 ccm etwas schneller gestiegen werden, also etwa 1/10, 3/10, 5/10, 7/10, 1 ccm.

Andererseits muß bei zu starker Reaktion oder erheblichen subjektiven Beschwerden, je nach dem Grade derselben, dieselbe Dosis wiederholt oder zu einer niedrigeren gegriffen werden.

Nur bei sehr schwächlichen und empfindlichen Kranken wird es sich empfehlen, mit kleineren Gaben als 0,1, also z. B. mit 0,01 g zu beginnen und auch später zwischen 0,1 und 1 g langsamer zu steigen.

Da jedoch die wesentliche Besserung der objektiven Befunde sehr oft erst auf größere Dosen auftritt, . . . so wird man andererseits auch nicht unnötig langsam steigen, um keine Zeit zu verlieren.

Wie bei jeder Tuberkulinbehandlung ist auch hier die Hauptsache die richtige Dosierung, da von ihr ein guter Teil des Erfolges abhängt. Setzt man eine Anfangsdosis von 0,1 ccm und eine normale Steigerung der Dosen voraus, so würden in drei Monaten ca. 35 bis 45 ccm, für jeden weiteren Monat aber noch 27 ccm Tuberkulin verbraucht werden."

Rosenbachs Tuberkulin ist ein sehr wirksames Mittel gegen die Lungentuberkulose. Die Besserung der objektiven wie der subjektiven Symptome der Krankheit war bei den Patientinnen der Verff. eine relativ vorzügliche, besonders in Rücksicht darauf, daß bei ihnen nur in sehr geringem Maße die übrigen Heilfaktoren wirksam waren.

Irgendwelche Nachteile des neuen Tuberkulins haben die Verff. nicht kennen gelernt, abgesehen von einer hier und da etwas stark auftretenden, jedoch schnell wieder vorübergehenden und nie nachteilige Folgen hinterlassenden Schwellung des Armes an der Injektionsstelle. Durch Einspritzung unter die Rückenhaut oder durch intramuskuläre Injektion läßt sich diese geringe Unannehmlichkeit in den meisten Fällen vermeiden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 51. | 16. März | 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Zentrale Neurosen. — Zentrale Galvanisation. Von Dr. Aub, Nervenarzt, München. (S. 511.) — Nachtrag zu: Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen. (S. 515.) — Der Umgang mit Verwirrten. Von Dr. Kerris, Galkhausen. (S. 516). — Mitteilungen (S. 517): Die Anstaltsfürsorge für Geisteskranke im Königreich Sachsen. Neue Landesirrenanstalt in Brandenburg a. H. Die 37. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. — Berichtigung. (S. 518). Personalnachrichten. (S. 519).

Zentrale Neurosen. — Zentrale Galvanisation.

Von Dr. *Aub*, Nervenarzt, München.

Jeder Nervenarzt, überhaupt jeder beschäftigte Arzt, weiß zur Genüge, ein welch großes Kontingent unter den Neurosen speziell die funktionellen Störungen im Bereiche des Kopfes darstellen. Hand in Hand mit dem Hasten und Jagen unseres modernen Lebens wird selbstverständlich der Zentrale des Nervensystems absolut und relativ zu viel zugemutet.

Absolut insoferne, als eben von den modernen Kulturmenschen an und für sich enorm viel verlangt wird, relativ in bezug auf die meistens ungenügenden Erholungspausen.

Die absolut starke Inanspruchnahme des menschlichen Gehirns zeitigt vor allem bei den ohnehin zahlreichen erblich Belasteten oft schon frühzeitig zentrale Reiz- und Ausfallserscheinungen in unendlich vielen Variationen, während die relative Überinanspruchnahme, also die Fälle, bei denen ein starkes Mißverhältnis zwischen Arbeit und Ruhe vorherrscht, die Überarbeitungsneurosen κατ᾽ ἐξοχήν zeitigt.

Ganz ähnlich wie ein elastisches Band, an dem zu viel und zu stark — oder eines von beiden — gezogen wird, nur allzubald die ihm ureigenste Elastizität verliert, so auch läßt das menschliche Zentralnervensystem, dem zu viel zugemutet wird, an Spannkraft nach. Dieses Abnehmen der Spannkraft bewegt sich, so weit es sich um physiologische Prozesse handelt, innerhalb gewisser Grenzen, bei denen schon geringe Pausen genügen, um den status quo — die ursprüngliche „Elastizität" — wieder herzustellen. Sobald es sich indes nicht mehr um passagere Zustände geistiger Ermüdung handelt, sondern um vorzeitig eintretende und lang andauernde, dann haben wir es schließlich mit den typischen Erschöpfungszuständen des menschlichen Gehirns zu tun.

Die verschiedenen Kategorien derselben nun möchte ich ihren Erscheinungsformen nach etwas näher betrachten, um mich dann mit der Therapie derselben zu beschäftigen.

Wenn auch ätiologisch für die Zerebrasthenie, Psychasthenie, Neurasthenia cerebri und wie sie alle lauten, im allgemeinen die gleichen Gesichtspunkte geltend sind, wie für sonstige funktionelle Erschöpfungsformen anderer Organe, so ist doch der Symptomenkomplex dieser Zustände ein ungemein markanter, wenngleich selten bei zwei Individuen der gleiche.

Ich möchte auf Grund eines großen Beobachtungsmaterials drei Grundtypen unterscheiden:

I. Fälle, bei denen mehr körperliche Beschwerden im Vordergrunde stehen:

A. Physiopathische Form
- a) vasomotorische,
- b) sensorische,
- c) sekretorische und trophoneurotische.

II. Fälle, bei denen insonderheit Ermüdungsphänomene dominieren.

B. Erschöpfungsform.
- a) intellektuelle,
- b) affektive,
- c) Mischform.

III. Zentrale Neurosen rein psychischer Art.

C. Idiopathische (psychogene) Form.
- a) exaltierte,
- b) stuporöse,
- c) Mischform.

Diese schematisierte Gruppierung der unendlich vielen zentral neurotischen Symptomenkomplexe

scheint mir, wie wir noch sehen werden, von verschiedenen Gesichtspunkten aus praktisch, den wirklichen Verhältnissen am nächsten kommend, sowie für therapeutische Indikationen vorteilhaft.

Die *physiopathischen Formen* umfassen in erster Linie alle diejenigen Störungen physiologischer Art, die wir als Stoffwechselstörungen und deren Folgezustände im weitesten Sinne betrachten können. Es kommen hier also mehr die Faktoren in Betracht, *die durch ihre Störung vor allem sekundär das Zentralnervensystem ungünstig in Mitleidenschaft ziehen.* Es ist das so aufzufassen, daß selbstverständlich eine allgemeine Unterernährung, Anämie sowie Hyperämie (Kongestion), als auch eine nervöse sprunghafte Gefäßinnervation, im Gehirn Zustände spezifischer Art provoziert, die sich dann eben in subjektiven Empfindungen von Öde, Leere resp. Schwere, Dumpfheit oder abnormem Wechsel des Blutfüllungszustandes und ungezählten anderen unangenehmen Individualgefühlen präsentieren.

Die *vasomotorische Form der Psychasthenie* findet man vor allem häufig bei Sexualneurasthenikern; ferner bei Leuten mit viel sitzender Lebensweise, des weiteren auch bei Menschen, die relativ zu viel essen oder trinken.

Im höheren Alter wirkt noch die Blutdruckerhöhung durch Arteriosklerose ungünstig ein.

Die *anämische zerebrasthenische* Form dokumentiert sich gewöhnlich als Teilsymptom allgemeiner Unterernährung, Blutarmut oder Stoffwechselanomalien sonstiger Art. Die sonst typischen Symptome der Chlorose finden wir hier in spezieller Modifikation wieder.

Unter *sensorischer Form* möchte ich alle diejenigen Erscheinungen von seiten der höheren Sinnesorgane verstehen, die ohne nachweisbaren objektiven Befund doch so lebhafte subjektive Sensationen aufweisen, daß man nahezu an eine reelle Organerkrankung denken möchte. So können das Flimmern vor den Augen, ferner einfache und komplizierte Gehörgeräusche, Anomalien der Geruchs- und Geschmacksfunktion, Störungen des allgemeinen Gefühles im Bereich des Schädels direkt zu den lästigsten monosymptomatischen Funktionsstörungen werden.

Als die hauptsächlichsten sekretorischen bezw. trophoneurotischen Störungen sieht man immer wieder eine direkte auf den Kopf lokalisierte Hyperhydrosis und Haarausfall, einseitig oder totaliter.

Die zweite Hauptgruppe der Gehirnneurosen umfaßt alle diejenigen Erscheinungen, die lediglich durch *Erschöpfungsphänomene* charakterisiert sind.

Die sub B. a) genannte rein intellektuelle Phase ist meines Erachtens relativ selten, d. h. diejenigen Fälle, wo nur der Denkprozeß als solcher, also die Apperzeption, die Tenazität und die Reproduktion ausschließlich gestört sind, sind viel weniger häufig als diejenigen, wo infolge des Versagens eines raschen Assoziationsablaufes eine gewisse nervöse Übererregung eintritt. Viel häufiger dagegen findet man diejenigen Fälle, wo infolge chronisch gehäufter Affektstrapazen schließlich die intellektuelle Freiheit stark gehemmt wird, meist in Form mangelhafter Konzentrationsfähigkeit. Es gibt aber zweifellos Fälle, die man als rein intellektuelle bezw. rein affektive Erschöpfungszustände auffassen muß.

Am häufigsten allerdings finden wir in der Praxis Mischformen, d. h. solche Fälle, wo Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit lediglich die Folge seelischer Erregung erscheint oder umgekehrt.

Die häufigste Grundlage der Zerebrasthenie überhaupt ist zweifellos in rein psychogenen Momenten zu finden.

Die größte Anzahl von Nervenärzten, speziell reinen Psychiatern, wird wohl der Ansicht sein, daß überhaupt ausschließlich meist latente Vorstellungskomplexe erregender oder hemmender Art schließlich den ganzen Bewußtseinsinhalt in gewisse Bahnen zu bringen imstande sind, die sich je nach Gefühlsbetonung als exaltierte oder stuporöse Form der Psychasthenie repräsentieren. Bei der letzteren Auffassung wäre also nicht das tatsächliche vorzeitige Ermüden die Hauptsache, sondern die autosuggestive Vorstellung psychischer Impotenz überhaupt.

Während nun bei der exaltierten Form durch ein Sichüberstürzen und Überhasten eine Einbuße der absoluten Leistungsfähigkeit resultiert, erscheint bei der stuporösen Form durch negativ betonte Vorstellung der Denkprozeß indirekt gehemmt.

Sehr häufig finden wir natürlich auch hier fließende Übergänge.

Wie man nun selten ausgesprochene isolierte Typen des von mir oben aufgestellten Schemas findet, sondern im allgemeinen mehr Übergangsformen innerhalb der genannten Kategorien, so findet man selbstverständlich auch kombinierte Symptomenkomplexe innerhalb der drei Hauptgruppen. Häufig ist es so, daß durch ungünstige Stoffwechselverhältnisse (z. B. sitzende Lebensweise) eine intellektuelle Erschöpfung eines geistig stark Arbeitenden begünstigt wird, bei der dann schließlich starke Supraposition allgemein oder speziell gehäufter Affektstrapazen noch in psychogenem Sinne ungünstig wirkt.

Also die mannigfachsten Varianten kommen vor und innerhalb dieser wieder häufig ein rascher Wechsel.

Aber ohne ein Artefakt zu schaffen, beherrscht gewöhnlich einer der von mir aufgestellten Typen das Symptomenbild, während die anderen Momente lediglich supraponiert sind.

Mir erscheint nun diese Zergliederung ganz speziell für präzise therapeutische Indikationsstellung wichtig.

Wer sich natürlich a priori auf den Standpunkt stellt: alle hier in Betracht kommenden Molestien entstehen ausschließlich auf psychogenem Boden, für den gibt es konsequenterweise auch nur ein Heilmittel: Seelentherapie. Sei es nun Wachsuggestion, direkte Hypnose oder die Analyse der Seele. Die Elektrisation irgendwelcher Art stellt für diese Auffassung selbstverständlich auch nur ein suggestives Vehikel dar.

Ich wünschte indes nur, daß solche „Exklusiv-Psychotherapeuten" mitunter späterhin wieder ihre Patienten sähen.

Die ausschließlich psycho-therapeutischen Erfolge sind meiner Erfahrung nach wohl die frappierendsten, aber auch gewöhnlich von kürzester Dauer. Der definitive Erfolg bleibt gewöhnlich aus. Hier gilt wohl mehr wie irgendwo das „ne quid nimis"!

Ich möchte nun auf Grund eines überaus zahlreichen jahrelangen Beobachtungsmaterials der kombinierten Therapie mit spezieller Berücksichtigung der zentralen Galvanisation das Wort reden. In erster und letzter Linie in Hinsicht auf tatsächlich erzielte Dauererfolge.

Während nun bei zentralen Neurosen auf dem Boden gestörten Stoffwechsels vor allem allgemein roborierende Maßnahmen: also allgemeine Elektro-Massage, kühle Bäder mit Übergießung und Frottage und vor allem viel Bewegung in frischer Luft sowie Einschränkung der Genußgifte in Betracht kommen, verlangen die zentralen Ermüdungsneurosen in erster Linie Ruhe. Diese Ruhe muß eine zweifache sein, einmal besteht sie im Fernhalten affektiver Erregungen irgendwelcher Art und dann muß die intellektuelle Assoziationstätigkeit gründlich „faulenzen".

Die Erfahrung lehrt nun, daß speziell bei dieser Form zentraler funktioneller Störungen das Ausruhen als solches gewöhnlich nicht genügt, um die ehemalige Funktionstüchtigkeit wieder herzustellen oder gar zu steigern. Es bedarf vielmehr eines lokalen, einerseits beruhigenden Mittels, das andererseits jedoch in gewissem Sinne anregend wirkt.

Dies adäquate Stimulans nun für das speziell durch Überarbeitung und Überanstrengung in seinen Funktionen geschwächte Zentralnervensystem stellt zweifellos der elektrische Strom speziell in Form der zentralen Galvanisation dar.

Ich wiederhole hier auf Grund immer wieder gehäufter Erfahrungen, daß tatsächlich ein recht bedeutender Prozentsatz aller zu den Erschöpfungsformen zu zählenden Psychasthenien definitiv hierdurch geheilt wird, daß der größte Prozentsatz schon durch die konsequent durchgeführte zentrale Galvanisation allein eine ganz erhebliche Besserung der psychischen Potenz erfährt. Die hierher gehörigen Fälle, bei denen der elektrische Reiz gänzlich versagt, sind gewöhnlich derartig komplizierter Art, daß auch sonstige Methoden inklusive der Psycho-Therapie gewöhnlich völlig im Stiche lassen.

Es ist zweifellos richtig, auch bei dieser Gruppe die lokal therapeutischen Maßnahmen je nach Bedarf noch durch allgemeine Hydroprozeduren zu unterstützen.

Das wesentliche Moment ist aber der neurotonisierende Einfluß der lokalen elektrischen Durchströmung.

Die zentralen Neurosen nun rein psychischer Art, also die „idiopathischen Psychasthenien", verlangen natürlich in erster Linie Psychotherapie Nachdem indes die Psychotherapie nach meiner Erfahrung gewöhnlich auch durch irgendwelche physikalische Maßnahmen unterstützt wird — allgemeiner oder lokaler Art —, so dürfte sich hierzu ebenfalls die richtig angewandte zentrale Galvanisation in erster Linie eignen. Die technisch mangelhaft angewandte schadet natürlich oft mehr, als sie nützt, da die Ängstlichkeit der meisten an und für sich erregten Patienten durch technische Mängel der Methodik eher noch gesteigert wird. So wird natürlich ein lokaler sedativer Einfluß nicht erreicht, vielmehr durch Kontrastvorstellungen vielleicht das Gegenteil. Geheimrat Erb, der als erster sich praktisch und wissenschaftlich eingehend mit diesen Dingen befaßt hat, wies in diesem Sinne mit völligem Recht und allem Nachdruck darauf hin, daß es eben bei keiner elektrotherapeutischen Prozedur so sehr auf das Wie der Applikation ankommt.

Ich gebe zu, daß viele derartige Mißerfolge in der psychischen Konstellation des betreffenden Individuums zu suchen sind, aber recht viele zweifelsohne in einer mangelhaften Technik.

Bemerken möchte ich noch, daß die galvanisatio capitis nach meinen Angaben zweifellos auch für alle

geistig stark arbeitenden Menschen zur Verhütung vorzeitig eintretender psychischer Funktionsschwäche gute Dienste tun kann. Die sog. Prophylaktiker, die auf Grund starker Heredität oder unvermeidlicher psychischer Überarbeitung einer sicheren Psychasthenie entgegengehen, sollten sich frühzeitig dieses lokalen Reizmittels zur Verhütung bedienen.

Es würde natürlich weit über den Rahmen dieser skizzenhaften Besprechung hinausgehen, detaillierteste Behandlungsvorschläge zu geben.

Ich beabsichtige hierüber eine Monographie an der Hand zahlreicher Krankengeschichten zu publizieren.



Und nun noch ein Wort über die Technik der zentralen Galvanisation mittels des von mir angegebenen Spezialinstrumentariums (Kopfgalvanisator, Fabrikation Elektrosan G. m. b. H., München, Maximilianstraße 5, Spezialfabrik elektro-medizinischer Neuheiten) Modell 1912.

Die Hauptvoraussetzungen, die eine conditio sine qua non sind, um die galvanisatio capitis, deren sedative schlafanregende Wirkung einerseits und ihre elektrotonisierende andererseits in Spezialkliniken ja längst erprobt sind, in den allgemeinen Arzneischatz physikalischer Therapie aufzunehmen, waren:

Völlige Beseitigung von Schwankungen an den Applikationsflächen selbst, ferner ungemein feine Abstufungsmöglichkeit in der Stromregulation, drittens Einfachheit der Gesamttechnik, die jedem in elektrotherapeutischen Dingen noch so Unerfahrenen ohne weiteres die Möglichkeit, den Apparat anzuwenden, gestattet.

Ich glaube nun, daß das neue Modell meines Kopfgalvanisators nicht nur ein ungemein feines Spezialinstrumentarium sensu striktiori darstellt, sondern auch jeglichen Bedürfnissen des allgemein praktizierenden Arztes durchaus gerecht wird.

Während nun ein Wegfall der Übergangswiderstände durch die Doppelfederung — Federung der Spange und Federung der Elektroden als solchen — in bisher nicht erreichter Sicherheit erzielt wird, wird ein ungemein feines und sicheres Ein- und Ausschleichen des Stromes erzielt, durch Anwendung besonders fein gewickelter Metallwiderstände (10000 Ohm), die unter sich so verbunden sind, daß die denkbar feinste Regulation (Doppel-Volt-Regulation) ab Null ermöglicht wird.

Die allgemeinen praktischen Vorzüge des Gesamtinstrumentariums liegen einmal in der Beschränkung auf geringen Raum und der hierdurch bedingten leichten Transportabilität, in der Verwertung langhaltender, leicht auswechselbarer Trockenelemente (Anschluß nicht nötig), ferner in der leichten Möglichkeit, das Instrumentarium auf Grund einfachster Instruktion dem Patienten selbst zu überlassen. Da es speziell bei der Kopfgalvanisation auch darauf ankommt, elektro-chemische Zersetzungen möglichst zu vermeiden, so werden neuerdings meine Spezialelektroden aus gepreßter Kohle mit reinem metallischem Überzug hergestellt. Bei den sonst meist angewandten Elektroden treten infolge von Legierungen der Metalle starke Oxydation durch die Befeuchtung und sekundär elektrogene Wirkungen ein, die eben speziell bei der zentralen Galvanisation nach Kräften zu vermeiden sind.

So kann man wohl in objektivster Weise behaupten, daß dieses neueste Modell — die Details des Apparates sind ohne weiteres aus der Abbildung ersichtlich — den weitgehendsten theoretischen und praktischen Anforderungen elektro-therapeutischer Technik Genüge leistet.

Nachtrag zu: Alzheimers Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen.

Siehe Nr. 48 und 49 dieser Wochenschrift.

Im Anschluß an vorstehend bezeichnetes Referat mögen noch einige der Arbeiten kurz aufgezählt werden, welche fast alle unter der Ägide Alzheimers im Laboratorium der Münchener psychiatrischen Klinik ausgeführt wurden.

Cerletti (Rom) behandelt (im 1. Heft des IV. Bandes der „histologischen und histopathologischen Arbeiten über die Großhirnrinde etc." herausgegeben von Nißl und Alzheimer; Verlag von G. Fischer, Jena) die „Gefäßvermehrung im Zentralnervensystem" auf Grund von Untersuchungen an einem reichlichen normalen und pathologischen Material der Laboratorien der psychiatrischen Kliniken in München und Rom. Darin beansprucht besonderes Interesse die Beschreibung der Spiralen- und Schlingenbildung, der spulenförmigen Umschlingungen, der Drehbewegung der Gefäße um ihre Längsachse, wobei die kollateralen Äste sich um das Gefäß rollen wie der Faden um die Spule; Befunde, die hauptsächlich bei Arteriosklerose gemacht sind.

Derselbe Autor beschreibt in demselben Heft die „histopathologischen Veränderungen der Hirnrinde bei Malaria perniciosa", an Material aus römischen Instituten. Zahlreiche im ganzen Nervengewebe zerstreute Gliazellen zeigen Veränderungen, die größtenteils unter die verschiedenen Formen der amöboiden Umwandlung einzureihen sind; daneben finden sich progressive Veränderungen der Astrozyten (Nißlscher Gliarasen), hypertrophische Formen derselben besonders an den Gefäßen, zystöse Umwandlung der Astrozyten, — neben Veränderungen an den Gefäßen und Ganglienzellen.

Simchowicz (Warschau) veröffentlicht im zweiten Hefte (dasselbe ganz ausfüllend) seine „histologischen Studien über die senile Demenz". (Das Material stammt im wesentlichen aus der Münchener psychiatrischen Klinik und der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing.) Neben den diffusen, wenn auch in einzelnen Gebieten ungleichmäßig starken regressiven Veränderungen an dem nervösen Gewebe und den Gefäßen beschreibt er Wucherungserscheinungen an der Pia und dem gliösen Gewebe, vermutlich Reizerscheinungen infolge von Abbauvorgängen; eine charakteristische Besonderheit der senilen Demenz sieht er in den zahlreichen senilen Plaques, die zur Ablagerung eigenartiger Stoffe, Einkapselungserscheinungen von seiten der Glia und offenbar zu Wucherungserscheinungen an den Achsenzylindern führen. „Die senile Demenz weist weder anatomisch noch klinisch prinzipielle Unterschiede gegenüber dem normalen Senium auf und ist bloß das Maximum derselben." Sie dürfte auf einer Beschleunigung und Steigerung der physiologischen Involution der Rinde beruhen. — Nur bei der senilen Demenz finden sich in der Hirnrinde massenhafte senile Plaques (die „Drusen" Fischers); wo sie vollständig fehlen, handelt es sich nicht um senile Demenz. Beim normalen und geisteskranken (nicht senil-dementen) Greise kommen sie nur vereinzelt vor. Die Unterscheidung der senilen Demenz von der arteriosklerotischen ist dadurch gesichert; freilich kommen beide Demenzarten meist miteinander vor.

Das dritte Heft bringt Doinikows „Beiträge zur Histologie und Histopathologie der peripheren Nerven".

Aus dem III. Band sei noch erwähnt L. Merzbachers Untersuchungen über die Morphologie und Biologie der Abräumzellen im Zentralnervensystem", wobei M. zu dem Ergebnis kommt, daß die bisher sogenannten „physiologischen Körnchenzellen" als „embryologische Aufbauzellen" zu betrachten und zu bezeichnen seien, denen die „körnig metamorphosierten Gliazellen" (die Abräumzellen) gegenüberstehen. Ferner O. Rehms Studie über die Zerebrospinalflüssigkeit aus der Münchener psychiatrischen Klinik, und Perusinis Arbeit: Über klinisch und histologisch eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebensalters aus dem Laboratorium der Münchener psychiatrischen Klinik.

Der Umgang mit Verwirrten.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

Den früheren Ausführungen zum Pflegerunterricht will ich den dem Pflegepersonal oft Schwierigkeiten bereitenden Umgang mit verwirrten Kranken — die Verwirrtheit in der weitesten Ausdehnung genommen —, wie ich ihn im Kurs lehre, zusammenhängend anfügen. Die Vorschriften hierüber, wenngleich an sich einfach, sind doch in ihrer Ausführung nicht ohne weiteres leicht: sie finden erst volle Beachtung und werden dann redlich und mit zunehmendem Erfolg ausgeführt, wenn der Arzt das Pflegepersonal durch seine Unterweisungen und an seinem Vorgehen von ihrer Wirksamkeit für ein während des ganzen Krankheitsverlaufes zu erreichendes durchaus ruhiges und friedliches Verhalten der Verwirrten, auf welcher Grundlage immer die Verwirrtheit sich aufbaut, überzeugt hat. Die Vorschriften werden aus der Traumartigkeit, (auch bei späterer Heilung vorhandenen) geistigen Geschwächtheit (die nicht mit Schwachsinn gleichbedeutend ist), Passivität, Erregbarkeit entwickelt, decken die hieraus sich ergebende ungünstige und günstige Beeinflussung der Verwirrten durch die Außenwelt auf und erstrecken sich auf die im Kurs ausführlich vorgetragene und im Verkehr mit den Kranken auf ihre Befolgung stets kontrollierte und wiederholte Belehrung 1. wie Erregungsausbrüche Verwirrter verhütet werden, ihnen vorgebeugt wird, 2. wie, wenn es dem Pflegepersonal noch nicht gelungen ist dies zu erreichen, nach außen in die Erscheinung getretene Erregung in ruhigen Grenzen zu halten bezw. in sie zurückzuführen ist.

In Hinsicht auf den ersteren Punkt wird das Pflegepersonal belehrt, daß die Milderung der Krankheitserscheinungen durch den allgemein freundlichen Ton und die allgemeine Freundlichkeit in Formen, Wort und Ton bei den täglichen, nach Umständen von kurzen erklärenden Worten begleiteten Verrichtungen und Handreichungen nicht in jedem Fall genügt, die Krankheit gemildert zu halten und hiermit Erregungsausbrüche zu vermeiden, sondern daß hierzu es sich auch um seine Kranken kümmern muß. Die Erregungszustände treten nicht plötzlich auf; sie bahnen sich langsam an (z. B. steigende Angst, z. B. bei immer wiederkehrender Halluzination; aus der Angst wird z. B. die Gehörstäuschung: „Du wirst verbrannt" geboren, sie steigert die Angst und diese wieder die Halluzination). Hier greift die Behandlung vor, indem die Pfleger sich um die Verwirrten bemühen, indem sie sie nicht bloß im Auge behalten, sondern sich ihnen zeitweise nähern und mit ihnen sprechen. Das vermeiden die Pfleger gern, weil der ihnen oft unheimlich dünkende Gesichtsausdruck des Verwirrten es ihnen nicht rätlich erscheinen läßt und sie unversehens eine Attacke auf sie von seiten des Kranken befürchten. Der Arzt belehrt sie, daß sie sich unbesorgt nähern können, wenn sie die ihnen gegebenen Vorschriften befolgen. Bei freundlicher Behandlung ist jeder Verwirrte äußerlich zugänglich, d. h. er folgt von selbst oder, wenn nicht dies und wenn mitunter mit Widerstreben, so doch ohne Widerstand zu leisten, bei seinen au fond mehrweniger oberflächlichen Verstimmungslagen und Gemütsbewegungen freundlichruhiger Aufforderung und Maßnahme (nach dem Friedensstand des Milieu von einem oder mehreren Pflegern). Viele Verwirrte, oft auch Katatoniker sind innerlich zugänglich, d. h. innerlich beeinflußbar. Der Pfleger nähert sich also zeitweise dem Verwirrten, besonders aber, wenn er sieht, daß er ein beunruhigtes Gesicht macht, und fragt ihn freundlich, wie es ihm gehe oder was ihn beunruhige. Er darf nicht zu plötzlich und nicht zu nahe an den Kranken herantreten, damit der verstörte Kranke nicht durch die plötzlich vor ihm auftauchende Erscheinung beunruhigt und beängstigt wird, sondern er muß ihm Zeit lassen, sein freundliches Gesicht, seinen freundlichen Ton zu empfinden und aufzufassen. Der Kranke antwortet oder antwortet nicht. Antwortet er, so muß der Pfleger ihm kurze, freundliche, sinngemäße Antwort geben. Klagt er, so sagt der Pfleger ihm, er sei nervös (viele Verwirrte geben das erleichtert zu: „Ich bin nervös;" „Ich bin sehr nervös;" Ich bin durcheinander"), seine Gefühle und seine Gedanken seien krankhaft; er gibt ihm auf spezielle Befürchtungen unter Hinweis, er habe Traumbilder, er höre, wie im Traum, allerlei, kurzen, freundlichen Trost, ihm geschehe nichts, er sei im Krankenhaus (nach entsprechenden Äußerungen des Kranken, er werde nicht geköpft, er werde nicht verbrannt), es werde wieder besser. Die freundlichbestimmte Versicherung, daß es wieder besser werde, ist ein Trost von zauberhafter Wirkung. Die Unterhaltung soll zwar freundlichen Tones und Wesens, kann von einer wirksamen Berührung von Mensch zu Mensch, z. B. einem freundlichen Händedruck, begleitet sein, kann später gelegentlich wiederholt werden, muß aber jedesmal nur kurz sein; dehnt der Pfleger die Unterhaltung aus, wiederholt er sich immer wieder und reizt damit den Widerspruch des

Kranken an, so werden seine Befürchtungen und Halluzinationen wachgehalten, gegenständlicher und eindringlicher. Der kurze Zuspruch in genanntem Sinne beruhigt den Kranken; er wird unter der freundlichen Behandlung so klar, daß er eine oberflächliche Klarheit für seine Lage bekommt, den Arzt und Pfleger erkennt, was ihm gesagt wird, versteht; ob er es glaubt oder zweifelt, der Effekt ist jedesmal der, daß selbst bei wiederkehrenden Halluzinationen der Kranke sichtlich beruhigter ist und bleibt; der z. B. ängstliche Ausdruck seines Gesichtes weicht einem entspannten, etwas ratlosen, etwas konsternierten, oberflächlichen, erleichterten und beruhigteren Gesichtsausdruck, auf welchem Ungläubigkeit mit Hoffnung streitet, einem Gesichtsausdruck, welcher unverkennbar die geistige Geschwächtheit verrät. Manchmal sieht es aus, als erwache der Kranke aus einem Traum, auf welchen er sich vergebens zu besinnen suche; die Sinnestäuschungen, die Gedanken, welche seine Angst anfachten, kann er sich nicht mehr vergegenwärtigen; das zurückgebliebene dumpfe Angstgefühl lindert die freundliche Behandlung. Aber nicht nur werden unter dem freundlichen Umgang und Zuspruch die Augenblicke, wenn auch oberflächlicher Klarheit, äußerer Besonnenheit häufiger als sonst — in friedlich-freundlichen Verhältnissen gehen die unkomplizierten epileptischen Verwirrtheitszustände nicht weiter in der Verworrenheit, als daß der Epileptiker in ihnen zwar zeitweise versinkt, aber Arzt und Umgebung bei Nähertreten erkennt, zu ihm wenige verworrene, zum Teil auf Sinnestäuschungen beruhende Wahngedanken äußert, was ihm gesagt wird, versteht; mitunter treten die früher schweren Verwirrtheitszustände so flüchtig und leicht in die Erscheinung, daß sie oberflächlicher Beobachtung sich entziehen, oder sie setzen gar aus; auch die Reaktionsweise des Verwirrten auf seine unangenehmen Verstimmungen, Sinnestäuschungen, Wahngedanken wird eine individuelle nach seiner Persönlichkeit, deren freundliche Züge durch die freundliche Behandlung (auch beim zwar empfindlichen, im Grunde aber gutartigen Epileptiker) geweckt werden, so daß die Stellungnahme zu den Krankheitserscheinungen, zwar unbewußt, eine gemilderte, weniger unfreie und nicht mehr die eingeengte, bloß animalisch reagierende ist. Der Kranke wird bei freundlichem Umgang unbewußt hilfe- und schutzheischend, sieht es gerne und erwartet es geradezu, daß die Personen, von deren Wesen und Zuspruch er sich beruhigt fühlt, ihm hin und wieder seine Angst, seine Befürchtungen mit einigen freundlichen Worten dämpfen und verwehen. Schon ein bloßes freundliches Ansehen und Beachten tut ihm lindernd wohl. Gibt der Kranke befragt keine Antwort und sucht er mit ängstlichem Gesicht erschreckt und beunruhigter, wenn auch bei seiner Hemmung erfolglos, sich zurückzuziehen, so kann der Pfleger doch ihm zusprechen (z. B. ich tue ihnen nichts, es geschieht Ihnen nichts, es wird wieder besser), macht es aber, wenn die Beunruhigung zunimmt, auf Zuspruch nicht nachläßt, recht kurz und versucht es später wieder. Hat der nicht antwortende Kranke einen ausgesprochen gereizt ängstlichen oder einen gereizt feindseligen Gesichtsausdruck — erschrickt, da er drohende Gefahr fürchtet oder ärgert sich, daß der ihn vermeintlich beeinträchtigende, verfolgende Pfleger sich ihm nähert, — so schweigt er finster oder es kann geschehen, daß er sich wegdreht oder ein Schimpfwort ausstößt; der Pfleger läßt ihn in Ruhe und sieht zu, ob er ihm oder einem anderen Pfleger später zugänglich ist. Geschieht es, daß der sich ruhig verhaltende Kranke auf Anrede in Reden sich zu ergehen beginnt (z. B. verwirrter Epileptiker mit Beeinträchtigungs-Wahn-Gedanken, akute Paranoia mit primärer Exaltation), so wird er bei freundlichem Zuhören, hinsichtlich der Beeinträchtigungen kurzem Trost bald wieder still. Weiß der Pfleger einmal nicht, was er antworten soll, so bittet er ihn, er möge sich an den Arzt wenden. In friedlich-freundlichen Verhältnissen gehen die Reden der Kranken in ihrer Lautheit nicht über das Niveau der ruhigen Unterhaltung zwischen gesunden Menschen hinaus. Es wird noch besonders darauf hingewiesen, daß die Nachtwachen sich um die schlaflosen Kranken in gedachtem Sinne zeitig bemühen müssen, ohne natürlich den Schlaf der anderen zu stören, da in der nächtlichen Dämmerbeleuchtung der Verwirrte unbeachtet gelassen ängstlicher werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Anstaltsfürsorge für Geisteskranke im Königreich Sachsen.** Das Königreich Sachsen verfügt gegenwärtig über sieben Landesanstalten für Geisteskranke, nämlich Sonnenstein, Colditz, Hubertusburg, Zschadraß, Untergöltzsch. Großschweidnitz und Waldheim, sowie über eine in Bautzen befindliche Beobachtungsstation für geistig erkrankte Strafgefangene; eine achte Anstalt ist in Arnsdorf im Bau begriffen. Diese Heil- und Pflegeanstalten sind, wenn man von den Beobachtungsfällen absieht, nach Maßgabe des vorhandenen Raumes bestimmt: für heilbare oder einer wesentlichen Besserung fähige Geisteskranke und für unheilbare oder minder besserungsfähige Geisteskranke, die sich oder anderen gefährlich

sind. Nur ausnahmsweise darf von diesen Erfordernissen abgesehen werden. Die Sorge für hilfsbedürftige Personen aller Art, also auch für geisteskranke Arme, ist lediglich eine Aufgabe der Ortsarmenverbände. Nur insoweit, als die Armenverbände die ihnen hiernach obliegende Verbindlichkeit, den Geisteskranken auch eine geeignete Anstaltsbehandlung zu verschaffen, nicht erfüllen können, will der Staat mit seinen Landes-Heil- und Pflegeanstalten vermittelnd eintreten. Eine rechtliche Verpflichtung des Staates, gewisse Kranke in seine Anstalten aufzunehmen, liegt nicht vor.

Die auf diesem Rechtszustande beruhende Ausgestaltung des sächsischen Irrenanstaltswesens hat nun seit Jahren gewisse Übelstände im Gefolge gehabt, die vor allem vom medizinisch-psychiatrischen Standpunkte aus Bedenken erwecken und die für die Regierung ein Gegenstand ernster Aufmerksamkeit und Sorge geworden sind.

Nach und nach sind zwar auch in kleineren Krankenhäusern und in Bezirksanstalten für die Unterbringung Geisteskranker besondere Einrichtungen getroffen, aber trotz aller anerkennungswerten Bemühungen ist die Versorgung in vielen Fällen unzulänglich gewesen; denn es fehlt den kleineren kommunalen Anstalten mit ihren beschränkten finanziellen Mitteln an dem nötigen geschulten Personal, an den neuzeitlichen therapeutischen Einrichtungen für heilbare Fälle und an anderen Dingen, wie sie in kleineren Verhältnissen gar nicht aufgebracht werden können. Gleichwohl sind nun in diese kleinen Anstalten häufig auch solche Kranke gekommen, die von vornherein in eine staatliche Anstalt gehört hätten, weil die jetzige Organisation der Landes-Heil- und Pflegeanstalten die Aufnahme unheilbarer Geisteskranker von ihrer Gefährlichkeit abhängig macht, einem Begriff, der keinen geeigneten Maßstab abgibt.

Zur gründlichen Abhilfe dieser Übelstände bringt die Regierung nun durch den den Ständen vorgelegten Gesetzentwurf über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken einen neuen Weg in Vorschlag, wie er bereits in anderen Bundesstaaten mit gutem Erfolge eingeschlagen worden ist: nämlich grundsätzlich alle Geisteskranken in die Landesanstalt aufzunehmen, die überhaupt der Behandlung in einer Irrenanstalt bedürfen. Mit dieser Maßregel wird zugleich eine grundlegende Forderung der modernen Psychiatrie erfüllt sein, nach deren Anschauung die Erfolge der Irrenfürsorge mit zunehmender Zentralisierung wachsen.

Diese Neuregelung bedeutet für den Staat offensichtlich sehr große finanzielle Opfer. Es sind neben dem beschleunigten Ausbau der Landesanstalt Arnsdorf sofortige umfängliche Neu- und Erweiterungsbauten auch in den übrigen Anstalten und eine Vermehrung der Ärzte, des Pflege- und Wirtschaftspersonals und andere erhebliche Aufwände für Unterhaltung und Inventar erforderlich.

Die Neuordnung ist deshalb nur dann durchführbar, wenn zunächst einmal die größeren Städte, die jetzt eine große Anzahl auch von solchen Kranken, die der Anstaltspflege bedürfen, in eigenen Anstalten haben, dem Staate angemessene Summen zur Errichtung der nötigen neuen Anstaltsbauten zur Verfügung stellen. Die Regierung hat deshalb die Einbringung der Vorlage von einer ausdrücklichen Zusicherung der größeren Städte nach dieser Richtung abhängig machen müssen. Demzufolge haben sich die Städte Dresden, Chemnitz, Plauen, Zwickau, Meißen, Zittau, Bautzen und Freiberg für den Fall des Zustandekommens des Gesetzes zur Zahlung von insgesamt 5850000 M. Baugeldern grundsätzlich bereit erklärt, während die Stadt Leipzig dem Staate die Anstalt Dösen unentgeltlich zu überlassen bereit ist. Aber weiter macht es die dauernde große Vermehrung des laufenden Aufwandes zur unumgänglichen Notwendigkeit, daß gleichzeitig alle Ortsarmenverbände in Zukunft einen höheren Verpflegbeitrag zahlen, als den jetzt zu entrichtenden von täglich 50 Pf., der zu den Aufwendungen des Staates in keinem gerechten und gesunden Verhältnisse steht, und zwar die Hälfte von denjenigen Kosten, die dem Staate selber durchschnittlich erwachsen. Diese würde auf absehbare Zukunft auf 1,25 M. festzusetzen sein. Die Armenverbände tauschen für diese Erhöhung nicht nur die dauernde Befreiung von den Sorgen der Unterbringung der bezeichneten Geisteskranken ein, sondern es kommt ihnen auch sofort die Entlastung der kommunalen Anstalten von Kranken zugute, die nicht nur große Schwierigkeiten bereiten, sondern auch teilweise einen besonders hohen Aufwand verursachen, während in Zukunft diesen Anstalten kostspielige Neueinrichtungen erspart bleiben, die unvermeidlich werden, wenn nicht der bisherige rechtliche und tatsächliche Zustand geändert wird.

(Dresdener Anzeiger. 9. Februar 1912.)

Die Finanzdeputation A der zweiten Kammer hat am 28. Februar das Gesetz über die Irrenfürsorge nach dem Entwurfe der Regierung mit unwesentlichen Abänderungen angenommen.

— **Neue Landesirrenanstalt in Brandenburg a. H.** (Vergl. Nr. 50, S. 506.) Der Brandenburgische Provinziallandtag erklärte sich mit dem Neubau einer Landesirrenanstalt in Brandenburg a. H. einverstanden und bewilligte für den Bau 6600000 M. Die Gesamtbaukosten betragen einschließlich Inventar 9095000 M.

— Die **XXXVII. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird in diesem Jahre am 8. und 9. Juni zu Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden. Vorträge sind recht bald, spätestens bis zum 27. Mai bei Prof. Krehl-Heidelberg oder San.-Rat Laquer-Frankfurt a. M. anzumelden.

Berichtigung.

In dem in Nr. 48 1911/12 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift vom 24. Februar d. Js. veröffentlichten Artikel **„Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke“** sind die Angaben, wieviel Kranke auf einen Arzt bei den Schlesischen Anstalten entfallen, unzutreffend, wie aus folgendem ersichtlich.

Nach den Etats für 1911 beträgt

in:	d. Krankenzahl (einschl. Familienpfleglinge)	die Zahl der Ärzte	also entfallen Kranke auf 1 Arzt	nach der Wochenschrift
Kreuzburg	697	5	139	165
Bunzlau	873	7	125	150–160
Lublinitz	1100	7	157	200
Tost	633	4	158	208
Rybnik	1075	7	154	bis 150
Lüben	1193	7	170	ca. 150
Leubus (öffentl. Anst.)	1035	8	129	135
Freiburg	820	5	164	200–230
Plagwitz	718	5	144	172

In Wirklichkeit sind zurzeit

in:	Kranke (ohne Familienpfleglinge)	Ärzte	also entfallen Kranke auf 1 Arzt	nach der Wochenschrift
Kreuzburg	627	5	126	165
Bunzlau	689	5	138	150–160
Lublinitz	866	5	173	200
Tost	585	4	146	208
Rybnik	864	7	123	bis 150
Lüben	998	7	143	ca. 150
Leubus (öffentl. Anst.)	754	7	108	135
Freiburg	638	4	159	200–230
Plagwitz	660	5	132	172.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Westfalen.** An der Prov.-Heilanstalt zu Niedermarsberg tritt der Direktor Geh. San.-Rat Dr. Rubarth am 1. April in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger wurde ernannt der Abteilungsarzt Dr. Ferd. Schulte aus Warstein. An letzterer Anstalt wurden Dr. Ferd. Hegemann zum III. Oberarzt und Dr. Müller zum Abteilungsarzt befördert.

— **Berlin.** Dr. S. Rahmer, Nervenarzt ist gestorben.

— **Heidelberg.** Privatdozent Dr. Willmanns wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

— **Breslau.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Karl Bonhoeffer wurde zum Direktor der psychiatrischen Klinik in Berlin berufen als Nachfolger Ziehens.

— **Leipzig. Heilanstalt Dösen.** Dr. Kreheler aus Höxter in Westfalen ist hier als Assistenzarzt angestellt worden.

Dieser Nummer liegt je ein Prospekt der Firmen

E. Merck, Chemische Fabrik, **Darmstadt,** betr. „Dionin" und

Elektrizitäts-Gesellschaft Haas & Stahl, Aue i. Sa.

bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Prov.-Idiotenanstalt in **Schleswig** ist sofort oder später die Stelle eines

Hilfsarztes

auf gegenseitige 3 monatige Kündigung zu besetzen. Gehalt 2500 M. bei vollständig freier Station.

Bewerber wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen einsenden an **den Direktor.**

An der **Provinzialheilanstalt Warstein i. W.** (1450 Betten, 5 Minuten von Stadt und Bahnhof Warstein) soll infolge Beförderung des jetzigen Stelleninhabers eine

Arztstelle

baldigst besetzt werden.

Eintritt als Assistenzarzt: Gehalt im 1. Jahre 1800, im 2. Jahre 2000, im 3. Jahre 2200 M. neben freier Station. Bei voller Bewährung für den Anstaltsdienst im 4. Jahre feste pensionsberechtigende Anstellung als **Abteilungsarzt** mit 3600 bis 6300 M. (Oberärzte bis 7500 M.) nebst Familienwohnung mit Garten. Frühere ärztliche Tätigkeit kann ganz oder teilweise auf die 3 jährige Assistenzarztzeit angerechnet werden. Solche Ärzte, welche mindestens 3 Jahre approbiert sind und sich im Irrenanstaltsdienste bereits als tüchtig bewährt haben, **können auch sofort als Abteilungsarzt angestellt werden.** Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an **Direktor Dr. Simon.**

Wir ersuchen

unsere Leser, bei Bestellungen in erster Linie die Inserenten unserer Zeitung berücksichtigen zu wollen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 52. 23. März 1911/12.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr Joh Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Der Umgang mit Verwirrten. Von Dr. Kerris, Galkhausen. Schluß. (S. 521). — Mitteilungen (S. 525): Unterweisung von Polizeibeamten in der Erkennung Geisteskranker in Stuttgart. Die Typhusepidemie in Konradstein. Hilfschulwesen in München. Ein Krankenpfleger von einem Irrsinnigen erschlagen. Irrenpfleger zu Polizeihundeführern ausgebildet. Schutzhunde bei der Beschäftigung verbrecherischer Geisteskranker im Freien. Deutscher Verein für Psychiatrie. Neue badische Landesirrenanstalt. Internat. Irrenfürsorge-Kongreß Bisherige Erfahrungen mit dem neuen badischen Irrengesetz. Berichtigung. — Personalnachrichten. (S. 528).

Der Umgang mit Verwirrten.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

(Schluß.)

Dies über den ersten Punkt; ich gehe zum zweiten über. Wie sind nach außen in die Erscheinung getretene Erregungen in ruhigen Grenzen zu halten bez. in sie zurückzuführen? Neben der Forderung der wohltuenden und mildernden Fürsorge, des freundlichen Anhörens des Kranken, des freundlichen Zuspruchs, kurzer freundlicher Bitte bei an ihn zu stellenden Aufforderungen belehren die Unterweisungen, daß jede Erregung durch irgendwelches Eingreifen der Pfleger gegen die Kranken mit irgendwie befehlendem, barschem, unfreundlichem, unwilligem, ärgerlichem Wort oder Ton, oder — abgesehen von ruhigem und nicht voreiligem Nähertreten, eventuell einer freundlich zum Händedruck dargebotenen Hand — mit irgendwelcher ihn fassen wollender, mit irgendwelcher von ihm als ihn hindern wollend gefühlter, überhaupt mit irgendwelcher Bewegung z. B. der Hand gegen den Kranken hin — mitunter blitzschnell — gesteigert wird, da der Kranke irgendwie von uns mit Wort, Ton, Hand oder Handbewegung beeinträchtigt durch sein nur auf die ihn befallen habende Gemütsbewegung, Wahnvorstellung, Sinnestäuschung eingestelltes Wesen unwillkürlich im Sinne dieser auffaßt, und zwar in seiner Verworrenheit, geistigen Eingeengtheit und besonders in seiner Erregbarkeit bis zu übertriebenster Weise, bis zu heftigster Unruhe und reaktiver Aggressivität. Mitunter ist es bloß dumpfe Ratlosigkeit und Verständnislosigkeit, welche durch das geschilderte ungeschickte Entgegentreten mit Ton, Wort, Hand zu heftiger Angst und entsprechender Abwehr führt, oder Ärger und Zorn wird durch dieses erst hervorgerufen. Freundlichem Anhören, freundlichem Zuspruch, bei zu stellenden Aufforderungen kurzer freundlicher Bitte und nicht voreiligem, einfachem, ruhigem Herantreten — dem ruhigen, stummen Herantreten oft noch eher, als der Bitte — folgt der Kranke. Die Pfleger haben also sich strengstens neben irgendwie unpassendem Ton oder Wort aller und jeder irgendwelchen noch so geringen beschränkenden Bewegung gegen die Kranken zu enthalten, solange es in noch nicht pazifiziertem Milieu nicht unbedingt nötig werden kann, den Kranken anzufassen. Selbst in diesem beruhigt sich ein sehr erregt gewordener Kranker auf ruhiges, nicht irgendwie ihn chokierendes Hinzutreten der Pfleger ohne Anfassen und leistet Folge. Ist aber in noch unruhigem Milieu das Anfassen eines Kranken unvermeidlich geworden, so darf dann auch die Maßnahme des Fassens nicht halb und zögernd ausgeführt werden. Es hat also einmütig, sicher, aber sanft und lose (das läßt sich miteinander verbinden) in vorschriftsmäßiger Weise zu erfolgen. Das Fassen, richtig exekutiert, wirkt nicht beunruhigend. Der aufgewühlte Affekt sinkt. Die anfängliche Angst, der anfängliche Schreck oder Zorn des Kranken beim Fassen weicht rasch, fast unmittelbar. Wird er unter dem Anfassen nicht ruhig, sondern unruhiger, so sind die Griffe zu fest und müssen gelockert werden. Ist das Anfassen auch im ruhigen Milieu nicht mehr nötig, so muß es doch exakt dem Pflegepersonal eingeübt werden, um ihm das Gefühl der absoluten Sicherheit im Umgang mit den Verwirrten und die hiermit verbundene Selbstbeherrschung zu geben. Ich mache die Pfleger auch

darauf aufmerksam, daß das Anfassen des geistig geschwächten und somit von der neuen Situation überraschten Kranken leicht gelingt.

Ich nehme nunmehr die Erregungsausbrüche im einzelnen vor. Die Erregung des — unbeachtet gelassenen — Kranken kann einmal nach außen durch Lautwerden, z. B. durch laute Reden und Händeklatschen, durch Jammern, durch Räsonnieren in die Erscheinung treten, ohne daß er das Bett verläßt. Hier gelingt die Beruhigung dadurch, daß der Pfleger ruhig-freundlich an sein Bett tritt, nicht zu nahe, z. B. ans Fußende, und in unaufdringlicher Weise dem Kranken zuhört — das allein genügt in vielen Fällen — und — nicht zu früh — ihm sinngemäß zuspricht. Das beruht einmal auf der Erleichterung und Entspannung, welche die gefühlte freundliche menschliche Nähe, die Entäußerung seiner Gefühle gegen die freundlichen Zuhörer und das statthabende Sinken des Affekts dem Kranken gegeben hat, zum anderen auf der unbewußten autoritativen Beeinflussung infolge der geistigen Schwäche, welche den Kranken veranlaßt, die Störung der Ruhe, welche ihm durch das ruhige Hinzutreten des Pflegers aufdämmert, einzustellen. Ist der Verwirrte nunmehr beruhigt, so kann die Erregung durch Unruhe anderer Kranker wieder losbrechen, z. B. durch die Reden eines Maniakalischen, eines verworrenen Paralytikers. Hier hilft nun teils ruhiges Zuhören, teils tritt die Beruhigung des in gereizter Weise räsonnierenden und auf Zuspruch gereizter redenden Kranken erst, nachdem der Pfleger von ihm weggegangen ist, ein. Mitunter bricht der erregte Kranke plötzlich in seinem Schimpfen während des Zuhörens des Pflegers ab, dreht sich etwa herum und verharrt nunmehr still.

Die Beruhigung ist in jedem Fall erfahrungsgemäß leicht zu erreichen. Die Pfleger müssen nur etwas sich der gerade vorliegenden Sachlage anzupassen verstehen. Daß der Maniakalische leicht zu beruhigen ist, beruht darauf, daß das primärste Krankheitszeichen der Manie geistige Geschwächtheit, Passivität, Gebundenheit ist; diese wird über der so raschen und leichten Aufstachelbarkeit durch unangenehme äußere Einflüsse und durch in den Gedanken auftauchende Erinnerungen an Beeinträchtigungen (z. B. Erinnerung an ihm mit Recht oder Unrecht schroff dünkendes Verhalten von Angehörigen) leicht übersehen. Durch freundliche Eindrücke ist er auch erregbar (nicht aufstachelbar). Der Maniakalische liegt z. B. still da, wird durch das Erscheinen des zu ihm kommenden Arztes zu blander heiterer Geschwätzigkeit angeregt, geht aber hierbei (ich spreche von ausgeprägter Manie) nicht über die Lautheit der ärztlichen Rede hinaus, liegt nach Weggang des Arztes wieder still da. Bei schwachsinnig gewordenen Maniakalischen (z. B. manisch-depressives Irresein mit hinzugetretener Arteriosklerose) kommt es vor, daß die Anwesenheit und das freundliche Zuhören auf den redenden Kranken verwirrend einwirkt, die Erfassung und das Aussprechen der Gedanken erschwert, sie stocken läßt und der Kranke still wird. Die zugrunde liegende geistige Geschwächtheit des ruhebedürftigen und gegen Störung seiner Ruhe reizbar empfindlichen Maniakalischen findet auch ihren Ausdruck in der seinem Antlitz aufgeprägten Miene der müden Angerauschtheit. Schwierig kann die Beruhigung der Kranken werden, wenn der Pfleger ihnen tatsächlich auf den Fuß getreten hat, ihnen mit ungeschickten oder unfreundlichen Worten oder Taten tatsächlichen Grund zur Erregung gegeben hat, denn tatsächliche Beeinträchtigungen wirken doch ganz anders auf die Kranken (so sehen wir z. B. eine wieder in die Anstalt eintretende Maniaka aus heiterer Stimmung gegen bestimmte Pflegerinnen, sofort wie sie ihrer ansichtig wird, heftig werden, eine Mahnung für uns, sie als ungeschickt und vorschnell in besondere Schulung zu nehmen). In diesem Falle gelingt einem anderen Pfleger die Beruhigung oder die dem Kranken bezeigte besänftigende ruhige Freundlichkeit desselben Pflegers.

Es kommt ferner vor, daß z. B. ein Katatoniker erregt wird, sich aufrecht ins Bett stellt und auch wohl auf und nieder springt, auch wohl laute Worte ausstößt. Auch hier läßt sich klar beobachten, daß die Erregungen bei demselben Kranken in ihrer Steigerung sich nach dem Grad der erreichten Schulung der gerade diensttuenden Pfleger verschieden hoch geben und bei vorschriftsmäßigem Umgang bis zur Entäußerungslosigkeit sinken. Ganz dieselben Katatoniker, welche ungeschulterem Pflegepersonal die größten Schwierigkeiten infolge seines auf ungenügender Kenntnis des richtigen Umgangs beruhenden Ungeschicks und der hieraus leicht und rasch resultierenden Neigung zu heftigem Vorgehen gegen den durch die Schuld des Pflegepersonals aus belangloser Erregung schon durch brüskierendes Fassenwollen erregter und bei weiterem Ungeschick immer erregter und gewalttätiger werdenden Kranken bereiteten, lassen sich mit richtig geschultem Personal durchaus ruhig und friedlich in ihrem ganzen Krankheitsverlauf halten. Man könnte einwerfen, die betreffenden Kranken seien inzwischen verblödet, aber bei geschulterem Personal treten uns bereits bei den neu aufgenommenen Kranken der Dementia katatonika

nach außen in die Erscheinung tretende Erregungen immer weniger und immer milder entgegen. Hat der Pfleger es noch nicht erreicht, daß der Kranke sich nicht ins Bett stellt, so genügt ein ruhiges, freundliches Nähertreten, daß der Kranke von selbst sich wieder hinlegt.

Die Erregung kann weiter dadurch nach außen in die Erscheinung treten, daß der Kranke sein Bett verläßt. Zunächst kann der Kranke sein Bett verlassen, ohne weiteres zu tun, als z. B. einige Male um dasselbe zu gehen und unbehelligt sich wieder hinzulegen. Oder z. B. ein Katatoniker, welcher früher sehr erregt und gewalttätig wurde, kommt — als höchster Ausdruck seiner Erregung — noch einmal aus dem Bett, auf den Pfleger zu, murmelt ein Schimpfwort, eine Drohung. Der Pfleger bleibt unbeirrt ruhig-freundlich, streckt ihm etwa freundlich die Hand hin; der Kranke ist durch die ihm unerwartete Freundlichkeit außer Fassung gebracht und geht ruhig ins Bett zurück. Oder ein Kranker verläßt das Bett und wandert verworren und ratlos unter dämmerhaftem Trieb oder dunkel gefühlter Verstimmung, Beeinträchtigungsvorstellungen, Sinnestäuschungen umher. Der Pfleger hat, da der Kranke infolge der Art seiner Erkrankung, z. B. fortgeschrittene Dementia senilis, geistig zu geschwächt ist, um ihn zu verstehen, seine Bitte, ins Bett zu gehen, vergeblich ausgesprochen; er umfaßt den Kranken ruhig und sanft und führt ihn ans Bett, setzt ihn auf die Bettkante, schlägt die Bettdecke ordnungsmäßig zurück, legt ihn vorschriftsmäßig und in bequemer Lage ins Bett, deckt ihn zu und stellt sich nicht zu nahe ans Bett abseits auf. Schiebt der Kranke sich wieder zum Bett heraus, so darf der Pfleger nicht zu rasch eingreifen; er wartet, bis der Kranke etwa auf der Bettkante sitzt, tritt erst dann hinzu, schlägt die Bettdecke ordnungsmäßig zurück und legt ihn mit freundlicher Bitte, liegen zu bleiben, wieder geschickt in bequemer Lage ins Bett und deckt ihn ordnungsmäßig zu. Die Fehler, welche die Pfleger leicht begehen und welche den Kranken immer erregter machen, sind die, daß er den Kranken beim Führen ins Bett leicht zu sehr schiebt; er soll ihm möglichst nur die Richtung, welche er einzuschlagen hat, und das Ziel andeuten, ihn alle Bewegungen allein ausführen lassen, welche er allein macht, auch während des Führens ihn stets lose führen, den Kranken möglichst allein weiter gehen lassen; ist er z. B. bis zum Sitzen auf der Bettkante gebracht, so muß der Pfleger versuchen ihn zu bewegen, sich von selbst niederzulegen; auch muß er bei während der Führung hin und wieder etwa lebhafter fühlbarem Widerstand einen Augenblick zu warten verstehen, bis derselbe sich verloren hat, ihm also in jeder Weise soweit entgegenkommen, als er unbeschadet des zu erreichenden Zweckes kann. Die Pfleger machen ferner leicht den Fehler, daß sie, wenn der Kranke zu Bett gelegt ist, sofort, wenn er zögernd und langsam die Füße wieder hinausschiebt, sie wieder hineindrängen, dazu, ohne die Bettdecke ordentlich zurückzuschlagen, so daß die Bettdecke sich um sie verwickelt und der Kranke sich leicht sozusagen eingeklemmt fühlt, daß sie ferner sich so gegen das Bett stellen, daß sie mit Bauch und Händen eine Schranke gegen das Herauskommen des Kranken aus dem Bett zu bilden suchen, daß sie, wenn der Kranke sich nur aufsetzt, ihn mit den Händen gegen die Brust zur Liegelage zurückdrängen wollen. Wie viele z. B. Paralytiker sind nicht früher hierdurch aus harmloser Erregung ganz rabiat geworden? Der Erfolg dieser Fehler ist also der, daß der Kranke immer beunruhigter aus dem Bett drängt; es ist falsch zu sagen, daß ein Kranker, welcher aus dem Bett kommt, aus dem Bett drängt; er drängt erst aus dem Bett, wenn gegengedrängt wird, und zwar um so hartnäckiger, je beharrlicher und heftiger gegengedrängt wird. Bei ruhigem und geschicktem Hineinführen ins Bett bleibt er meist schon das erste Mal beruhigt und mit entspanntem Gesicht liegen. Diese anscheinenden Kleinigkeiten sind sorgfältig zu beachten, da nur sie die Erzielung der Ruhe ermöglichen und im Falle ihrer Nichtbeachtung die wechselseitige Erregung zur Unruhe und Abwehr des Kranken, zur Verminderung oder zum Verlust der Selbstbeherrschung des Pflegepersonals führt. Oft kommt es vor, daß eine Sinnestäuschung seine Angst steigernd den Kranken aus dem Bett trieb; die Sinnestäuschung ist geschwunden, vergessen; das dumpfe Angstgefühl weicht ruhig-freundlicher Behandlung, schwillt schon durch ungeschickte kleinere Bewegungen gegen den Kranken hin — angedeutet oder ausgeführt — in seiner allgemein schreckhaften Verfassung.

Läßt ein Kranker, z. B. ein hochgradig delirierender Verwirrter sich aus dem Bett gleiten und kriecht unter sich windenden Bewegungen auf dem Fußboden herum, so bittet der Pfleger ihn, ohne nahe an ihn heranzutreten, freundlich aufzustehen und ins Bett zu gehen; im friedlicheren und ruhigeren Milieu steht der Kranke mit entspanntem Gesicht auf und geht ins Bett, zwar nicht immer sofort, aber schon in kürzester Zeit nach der freundlichen Aufforderung. Hierbei geschieht es, daß der Kranke sich irrtümlich in ein fremdes Bett legt; aber auf den freundlichen

Hinweis des Pflegers, das da sei sein Bett, steht er auf und legt sich in sein Bett. Nicht so einfach liegt die Sache bei unfreundlicher Behandlung und bei unruhigem Milieu. Fassen die Pfleger den Kranken ungeschickt an, so wird der Trieb, fortzukriechen, lebhafter; er kriecht unter die Betten und klammert sich fest, wenn man ihn z. B. am Bein zurückzuziehen sucht. Der unklare Trieb, das unklare Angstgefühl nimmt zu. Hier müssen die Pfleger warten, bis der Kranke sich wieder beruhigt hat.

Nun kommt ein Kranker aus dem Bett, weil er fortgehen, nach Hause gehen will. Ein erregter Paralytiker, z. B. ein eben aufgenommener, von seinen Verwandten getäuscht, springt aus dem Bett und pflanzt sich unter lebhaften Worten vor dem Arzt auf. Dieser sagt ihm, er sei ja erst gekommen, sei nervös, sei hier sich zu erholen, seine Nerven zu stärken. Der Kranke läßt nicht mit sich reden, verlangt weiter seine Entlassung; der Arzt läßt sich in eine weitere Diskussion nicht ein, macht ihm eine freundliche Verbeugung und geht weiter; dem von der nicht erwarteten Freundlichkeit und Ruhe, der unerwarteten Situation überraschten Kranken reißt der Faden ab, er ist perplex, außer Fassung gebracht und legt sich ruhig wieder ins Bett. So kann es der Pfleger auch machen oder er bittet den Kranken nur, er möge sich an den Arzt wenden; die Erregung steigert sich aber bei Hin- und Herreden. Oder ein Kranker kommt aus dem Bett, geht an die Türe des Wachsaals, drückt die Klinke nieder, merkt, daß sie verschlossen ist und geht wieder ins Bett. Sucht der Pfleger ihn mit Wort oder Hand ins Bett zu nötigen, so erst kommt es zur Erregung, zum Scheibeneinschlagen.

Dann geschieht es, daß ein Verwirrter das Bett verläßt und durch die (dünnen) Scheiben gehen will, entweder um zu fliehen oder um zu fliehen und sich ein Leid anzutun. Zu dieser Höhe steigt die Verwirrtheit nur bei ungeschicktem oder unfreundlichem Umgang und bei unruhigem Milieu. Ist sie soweit gestiegen, so haben die Pfleger erst recht ihre Ruhe wiederzugewinnen bedacht zu sein, durch kurzen freundlichen Zuspruch den Kranken zu beruhigen zu suchen, den Weg zum Fenster ihm unauffällig zu verlegen, ruhig mit freundlicher Bestimmtheit hinzuzutreten und zu bitten, ins Bett zu gehen, sich, wenn er wieder im Bett ist, eventuell ungezwungen neben oder aufs Bett zu setzen, dem Kranken zuzuhören und kurz zuzusprechen. Vor allem dürfen sie nicht mit barschem oder heftigem Wort oder Ton, nicht durch ungeschicktes und halbes Anfassen, durch Zurückdrängen, halbe Griffe oder Bewegungen der Hand den Kranken noch mehr reizen und verängstigen, sondern sie haben sich jeglicher Art von solchen Bewegungen gegen ihn zu enthalten, wenn nicht in weniger pazifiziertem Milieu ein Anfassen des Kranken (auch wenn derselbe aus dem Bett stürmt, dabei nicht geradewegs in die Scheiben springt, kann die Woge der Erregung sich an dem ruhigen Hinzutreten brechen) nötig wird. Wird dieses aber ruhig und geschickt, und zwar lose, doch sicher vorgenommen, so legt sich Unruhe und Zorn oder Angst. Bei Ungeschick und im unruhigen Milieu kann noch vorübergehend ein durchaus ruhiges, flaches, legeres, sanftes und immer wieder versuchsweise aufhörendes Halten im Bett bis zur Ankunft des Arztes nötig werden. Aber nicht darf der Kranke (aus der Sorge des Pflegers, der Kranke könne ihm aus dem Bett schlüpfen) niedergedrückt werden, wenn er sich bloß im Bett aufsetzt. Der Pfleger wird auch immer wieder darauf aufmerksam gemacht, daß der oft noch unentschlossene und zögernde Kranke in jäh steigendem Affekt mit dem Springen durch die Scheiben sofort ernst macht, sowie heftig irgendein Wort (leicht, hastig oder barsch klingend in der Besorgnis des Pflegers), ungeschickt und hastig irgendwie eine irritierende Bewegung gegen ihn gemacht wird, und er ebenfalls ganz rabiat wird, sobald er nur irgendwie (zu fest) gepackt wird. In der Angst, dem Kranken könne es gelingen, durch die Scheiben zu springen, fassen die Pfleger leicht, um ihn sicher zu hindern, zu fest zu; ist dies geschehen, so müssen sie ihre Griffe soweit lockern, daß sie ihn zwar sicher, aber lose halten. Es kommt auch vor, daß ein Kranker sich scheinbar beruhigt zu Bett legt und z. B. ein erregter Paralytiker, welchem von seinen Angehörigen weiß gemacht worden war, er solle nur untersucht und werde dann von ihnen wieder mitgenommen werden, sie würden auf ihn warten, versucht, durch die Scheiben zu flüchten, sich wieder hinlegt und kurz hinterher, wenn die Pfleger nicht achtsam sind, plötzlich aufspringt und durch die Scheiben eilen will. Das kommt nicht vor, der Kranke macht nicht den Versuch, wenn er sich vom Pfleger beachtet (nicht: überwacht) sieht.

Weiter kann es sich ereignen, daß Verwirrte Scheiben einschlagen. So schlägt einer z. B. eine Scheibe ein, weil er auf Grund von Geruchstäuschungen glaubt, man wolle ihn mit giftigen Dünsten betäuben und töten. Er verlangt vom Pfleger, er möge das Fenster öffnen, und erst auf dessen unfreundliches Verweigern schlägt er aus Ärger die Scheibe ein. Freundlich angehört und vertröstet (es genügt meist das freundliche Anhören und Aus-

sprechen zur Milderung) beruhigt er sich und schlägt keine Scheibe ein. Im ruhig-friedlichen Milieu kommt der Kranke kaum je, jedenfalls nicht nachhaltig mit der Aufforderung, das Fenster zu öffnen, da die Geruchstäuschungen bei der Grundverfassung wohl, aber nicht mit lebhaftem Ärger (oder Angst) empfunden werden. Ich bestreite natürlich nicht, daß in nicht pazifiziertem Milieu das Einschlagen der Scheibe auch durch eine entsprechende auffordernde Gehörstäuschung verursacht werden kann.

Die schweren Erregungszustände der Verwirrten mit Suizidversuchen mannigfachster Art (bereits vorher zum Teil erwähnt) oder Gewalttätigkeiten. Mit ihnen werden meist die Sinnestäuschungen belastet. Die Partialerscheinung der Sinnestäuschungen mildert sich aber in ihrer Wucht mit den übrigen Erscheinungen der Krankheit. Den Wegfall dieser schweren Erregungszustände zu erzielen (den ausnahmslosen Wegfall gemäß der Natur der Verwirrtheit) bezwecken die vorstehenden Mitteilungen über den Umgang mit Verwirrten. Wie sie, wo sie noch vorkommen, zu bekämpfen sind, darauf brauche ich nicht weiter einzugehen, da es aus den gemachten Ausführungen zur Genüge hervorgeht. Im Kurs werden sie mit ihren Einzelheiten ausführlich durchgesprochen.

Alle Modalitäten der Erregungsausbrüche, wie im Kurs, hier anzuführen, ist nicht meine Absicht. Ich will hiermit schließen und nur noch darauf hinweisen, daß das Untertauchen eines ängstlichen Verwirrten im Bad erst durch die ungeschickten Versuche des geängstigt ihn hindern wollenden Pflegers hartnäckig wird, und dafür, daß auch im unruhigen Milieu ein sehr erregt gewordener Kranker sich das ausgezogene Hemd wieder anziehen läßt, will ich anführen, daß ich u. a. einmal (1898) im Kurs gerade lehrend, die Kranken seien bei richtigem und konsequentem Verhalten der Pfleger stets zu bewegen, das Hemd anzulassen, in den nächsten Tagen in die Lage kam, den Beweis liefern zu müssen und in unruhigem Milieu einen tobsüchtig maniakalischen Kranken das Hemd anzuziehen; er zog es fünfmal wieder aus und hielt es nach dem sechsten ruhigen Anziehen an. Dies nur zur Illustration; nicht wollte ich es hiermit zur Nachahmung empfehlen; man kann das Ziel auf anderem Wege erreichen. In ruhig-friedlichem Milieu macht, wenn der Kranke selten einmal sein Hemd auszieht, er mit dem Anziehen gar keine Schwierigkeit.

Schwierig kann die Behandlung der Verwirrten sein, wenn das Milieu erst gehoben werden muß und von innen und von außen noch die Erregungen gesteigert werden. Um es durchaus ruhig und friedlich zu gestalten, ist es zweckmäßig, erst das Pflegepersonal in geschilderter Weise im Kurs gründlich zu schulen und nach der Schulung eine Versetzung von Pflegern vorzunehmen, soweit sich zwischen ihnen und Kranken chronische Reizzustände ausgebildet haben, um beiden Teilen das Einleben in die veränderten Verhältnisse zu erleichtern. Es ist ferner erforderlich, diejenigen Pfleger, welchen immer wieder Erregungsausbrüche vorkommen, in Spezialschulung zu nehmen.

Je ruhiger und friedlicher wir das Milieu gestalten, je wohler fühlt sich der Kranke bei uns. Im pazifizierten Milieu sind die Kranken bei ihrer unbewußten autoritativen Beeinflussung durch den guten und geschickten Pfleger leicht zu behandeln.

Die vorstehend und in früheren Aufsätzen geschilderte Ausbildung des Pflegepersonals hat eine Schattenseite. Bei dem ruhigen, friedlichen Zusammenleben mit seinen Kranken verlernt es leicht gegenüber manchen geisteskranken Rechtsbrechern — was diese rasch merken — die bei aller Freundlichkeit mitunter erforderliche Entschiedenheit im Auftreten. Dieses Moment ist für die Frage der Unterbringung der geisteskranken Rechtsbrecher in Betracht zu ziehen.

Mitteilungen.

— **Unterweisung von Polizeibeamten in der Erkennung Geisteskranker in Stuttgart.** Zu den schwierigsten Aufgaben, die an die Polizeiorgane herantreten, gehört die rechtzeitige Erkennung von Geisteskranken, Alkoholikern, Epileptikern. Die Fälle, in denen die erste Sorge für die Irren den Polizeibeamten oder Schutzmann trifft, in denen dieser unter eigener Gefahr zum Schutze des Kranken selbst oder zur Verhütung von Gefahren für dritte einzuschreiten gezwungen ist, haben sich in den letzten Monaten hier besonders gehäuft, die Öffentlichkeit entsprechend beschäftigt und zu Erörterungen in den bürgerlichen Kollegien wie in der Presse geführt. Dank der kräftigen Initiative und dem großen Entgegenkommen des dirigierenden Arztes der Kranken- und Irrenabteilung des Bürgerhospitals, San.-Rat Dr. Fauser, werden nun in den kommenden Wochen und Monaten nach und nach sämtliche Beamte und Unterbeamte des Stadtpolizeiamts, sowie alle Angehörigen der Schutzmannschaft die nötigste Unter-

weisung in der Erkennung und Behandlung Geisteskranker erhalten. Der erste der zunächst auf je drei bis vier Stunden berechneten Kurse begann mit 90 Teilnehmern bereits; er wird von San.-Rat Dr. Fauser gehalten. (Schwäbischer Kurier, 1. März 12.)

— Die **Typhus-Epidemie** in der westpreußischen Provinzialirrenanstalt zu **Konradstein** bei Preußisch-Stargard, die dort seit April vorigen Jahres herrscht und noch nicht völlig erloschen ist, hat nach amtlicher Feststellung bis jetzt über 200 Erkrankungen und rund 30 Todesfälle überwiegend von Kranken, aber auch einiger Pfleger und Beamten gezeitigt.

— **Hilfsschulwesen in München.** In den Kreisen der Hilfsschullehrer und der Schulärzte bestand seit langem der Wunsch, einen eigenen Schularzt für die Hilfsschulen zu haben. Gerade in der Hilfsschule ist das Schülermaterial mit mancherlei Gebrechen behaftet, die dringend eingehende Untersuchung seitens eines Psychiaters erfordern. Es sind ja gewiß auch andere spezialärztliche Untersuchungen (Auge, Ohr) notwendig; immerhin war die Berufung eines Psychiaters das vordringlichste Bedürfnis. Die Wahl des Dr. H. Gudden, Professor an der Psychiatrischen Klinik, zum Hilfsschularzte darf als eine sehr erfreuliche bezeichnet werden.

— **Ein Krankenpfleger von einem Irrsinnigen erschlagen.** In der Irrenanstalt Haus Kannen in der Nähe von Münster in Westfalen ergriff ein Pflegling in einem Wutanfall einen Schrubber und drang auf einen Pfleger ein. Der Angegriffene flüchtete in einen Nebenraum, hatte aber nicht mehr Zeit, den Riegel vorzuschieben. Der Kranke öffnete die Tür und schlug dann so lange auf den Pfleger ein, bis der Unglückliche tot am Boden lag.

— **Irrenpfleger zu Polizeihundeführern ausgebildet.** Die Rhein.-Westfälische Zeitung, Essen (Ruhr) schreibt: „Auf der Polizeihundführer-Schule des Magistrats der Stadt Iserlohn sind vor kurzem zwei Pfleger der Verbrecherabteilung der Westfälischen Provinzial-Irrenanstalt „Eickelborn" zu Polizeihundeführern ausgebildet worden. Dadurch, daß beim Ausbruch eines geisteskranken Verbrechers sofort der Diensthund auf die Spur gesetzt werden kann, läßt es sich verhindern, daß so viel geisteskranke Verbrecher entkommen. Im übrigen bilden die Hunde auch einen vorzüglichen Schutz für das Wärterpersonal bei Überfällen durch Geisteskranke."

— Zur Frage: **Schutzhunde bei der Beschäftigung verbrecherischer Geisteskranker im Freien** (siehe vorstehende Mitteilung) enthält der Verwaltungsbericht des brandenburgischen Provinzialausschusses vom 10. Februar 1912 auf Seite 79 folgende Ausführungen:

„Die ausreichende Beschäftigung der geisteskranken Verbrecher hat schon immer große Schwierigkeiten gemacht, da jede beliebige Arbeitsmöglichkeit für diese Kranken wegen des beständigen Fluchtverdachts und ihrer Gefährlichkeit nicht in Frage kommen kann. Neuruppin beschäftigt diese Anstaltsinsassen mit der Anfertigung von Bilderbogen für eine bekannte Firma; in Teupitz ist jetzt ein gut gelungener Versuch mit der Herstellung von Goldleisten für einen Berliner Geschäftsmann gemacht worden. Diese Beschäftigung eignet sich ganz vorzüglich für das feste Haus, da gefährliche Werkzeuge dazu nicht nötig sind und die Arbeit selbst von sehr ungeschickten Kranken ausgeführt werden kann. Es werden damit zurzeit 13 Kranke unter Aufsicht und Mithilfe von drei Wärtern beschäftigt. Der wohltätige Einfluß dieser Arbeit auf die Kranken des festen Hauses war ein unverkennbarer. Seither ist es auf den beiden Abteilungen des festen Hauses wesentlich ruhiger, die Kranken sind friedfertiger, zufriedener und wesentlich besser zu behandeln.

Inwieweit es gelingt, auch diese gefährlichen und andere schwer zu behandelnde Kranken in Feld und Garten zu beschäftigen, muß der Möglichkeit einer weiteren Ausnutzung der Fähigkeiten und Eigenschaften der schon in vielen Anstalten vorhandenen Schutzhunde vorbehalten bleiben. Es gibt eine ganze Anzahl von Kranken, denen die Arbeit in Feld und Garten außerordentlich dienlich und heilsam wäre und die selbst danach verlangen, denen aber diese nützliche Beschäftigung aus Rücksicht auf die durch den nahen Wald noch besonders erleichterte Entweichung länger als in ihrem gesundheitlichen Interesse liegt vorenthalten werden muß. Die Begleitung durch einen Schutzhund würde diese Bedenken erheblich mildern und auch diesen Kranken den Vorteil landwirtschaftlicher Beschäftigung bringen. Nach den bisherigen Erfahrungen haben die meisten Kranken Freude und Interesse an dem Hund und sehen ihn gern um sich. Dabei könnte zugleich seine Ausbildung noch mehr auf den Dienst als „Sanitätshund" hingelenkt werden. Dann bestehen gegen eine solche Verwendung innerhalb gewisser Grenzen keinerlei Bedenken mehr; sie birgt für niemand Gefahr, wenn nur absolut sicher abgeführte Hunde dazu benutzt werden, und bietet für alle Beteiligten vielerlei Vorteile.

Auch bei der Beschäftigung der fluchtverdächtigen Burschen spielt der Schutzhund eine große Rolle; das Burschenfürsorgeheim zu Strausberg berichtet darüber:

‚Außer der dauernden Beschäftigung eines kleinen Burschenkommandos auf dem angekauften eigenen Acker der Anstalt fanden die Burschen in ihrer Mehrzahl wie in den Vorjahren ständige Gelegenheit zur Außenarbeit für Fremde, und zwar in der Prötzeler Forst des „Blumental". Dort wurden sie zumeist zu Aufforstungen verwendet, einer Arbeit, die den Zöglingen, trotzdem sie zur Arbeitsstelle täglich einen etwa 10 km weiten Weg hin und zurück marschieren müssen, sichtlich große Freude macht, sie in der freien Natur körperlich und sittlich stärkt und bei guter Stimmung erhält. Trotzdem auf diese Weise von den etwa 60 Burschen dauernd etwa 40 fern von der Anstalt und meist in der Nähe weiter Waldungen arbeiten, sind doch die Entweichungen selten. Im Berichtsjahre ist von dieser Arbeit sogar nur einer entwichen, der das ihm als Bote geschenkte allzu große Vertrauen gemißbraucht hatte. Außer diesem einen haben nur noch zwei andere, die auf

Einzel- oder Kleinkommandos beschäftigt waren, das Weite gesucht, so daß im ganzen nur drei sich im verflossenen Jahre der Anstaltszucht entzogen haben. Es ist dies eine so niedrige Zahl, wie sie seit Gründung der Anstalt nicht im entferntesten erreicht worden ist. Diese höchst erfreuliche Tatsache, durch die der Anstalt viel Aufregung, Verdruß und erhebliche Unkosten und den Burschen selbst große sittliche Gefahren erspart geblieben sind, ist allerdings zum großen Teil darauf zurückzuführen, daß das Hauptkommando, dem auch die sogenannten Ausrücker zugeteilt werden, ständig von einem Schutzhund, genannt „Moritz", begleitet ist. Dieses treue Tier, das seit zwei Jahren der Anstalt überwiesen ist und von den Burschen nicht nur gefürchtet wird, sondern auch bei der großen Mehrzahl von ihnen sich einer gewissen Anhänglichkeit erfreut, ist unermüdlich in seinem Wachdienst, und es ist interessant zu beobachten, wie „Moritz" alle Morgen zum Abmarsch freudig bellend seine Schutzbefohlenen begrüßt und sie auf dem Marsch und bei der Arbeit nicht aus den Augen läßt. Trotz dieses großen Erfolges könnten leicht Bedenken entstehen gegen die Verwendung eines Schutzhundes zur Verhütung von Entweichungen und Gewalttaten bei Fürsorgezöglingen. Indes, so wenig geeignet dieses Zuchtmittel auf den ersten Blick erscheint, — die bisherigen praktischen Erfahrungen zweier Jahre haben keinerlei mißliche Nebenerscheinungen für die Erziehungsarbeit gezeitigt. Weder bei den Angehörigen der Zöglinge, noch in der öffentlichen Meinung der Stadt hat der Hund irgendwelches Aufsehen oder Mißfallen erregt, trotzdem er weiteren Kreisen dadurch bekannt geworden ist, daß er mehrmals hier und in der Umgegend zum Aufspüren von Dieben und Jagdfrevlern im Interesse des Gemeinwohls verwendet worden ist. Es liegt auch sehr nahe, an einen Vergleich mit der Verwendung von Hunden beim Militär zu denken und daran, daß z. B. auf Gütern Wirtschaftsbeamte, die viel mit ausländischen Erntearbeitern zu tun haben, sich häufig der schützenden Begleitung eines Hundes bedienen. Auch andere Anstalten können besonderer Mittel zur Verhütung von Entweichungen nicht entbehren, aber während dort z. B. das Tragen von Kettenhosen oder Fußschellen und das Tragen von eisernen Schuhsohlen den einzelnen Zögling persönlich in bedenklicher Weise allzu sehr demütigt und stigmatisiert, bleibt der Schutzhund des Burschenfürsorgeheims Bestandteil der ganzen Anstalt und schützt in gleicher Weise Zöglinge und Beamte. Da der Schutzhund „Moritz" auch den übrigen Provinzialanstalten in Strausberg zu dienstlichen Zwecken zur Verfügung steht, konnte er bei der Verfolgung und Ergreifung eines Entwichenen, und zwar eines entwichenen Korrigenden zum ersten Male praktisch erprobt werden. Dabei zeigte sich, daß er einen Ergriffenen, selbst bei heftiger Gegenwehr, zwar nicht wieder los läßt, ihn aber auch nicht in Lebensgefahr bringt. Denn die nachherige ärztliche Untersuchung des entwichenen Korrigenden ergab keinerlei Verletzungen."

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet in Kiel am 30. und 31. Mai statt. I. Referate: 1. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Ref.: Hoche-Freiburg und Alzheimer-München. 2. Die Behandlung der Paralyse. Ref.: E. Meyer-Königsberg und Spielmeyer-Freiburg. II. Vorträge: 1. Eichelberg-Göttingen: Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. 2. L. W. Weber-Chemnitz: Die Praxis bei der Durchführung der Pflegschaft nach dem BGB. 3. G. Stertz-Bonn: Organische Krankheitssymptome am Nervensystem bei Katatonie. 4. Rittershaus-Hamburg: Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände (Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett). 5. Pförringer-Hamburg: Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols (mit Demonstrationen). 6. Kafka-Hamburg: Über Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis. 7. Weygandt-Hamburg: Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege, ein Beitrag zu der Frage: Umbau oder Neubau (mit Demonstrationen).

Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten an Sanitätsrat Hans Laehr, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wanseebahn. — Anfang Mai wird eine Einladung mit genauerem Programm versandt werden.

gez.: Der Vorstand.

— Die **neue badische Landesirrenanstalt** wird in der Nähe von Muggensturm bei Rastatt errichtet werden.

— Der nächste **Internationale Irrenfürsorge-Kongreß** findet nicht im Oktober, sondern im Dezember 1912 in Moskau statt. Der genauere Termin ist noch nicht bekannt.

— **Bisherige Erfahrungen mit dem neuen badischen Irrengesetz.***) In der Sitzung der zweiten Kammer der badischen Landstände vom 8. März 1912 hat bei Beratung des Irrenwesens der Minister des Innern Dr. med. Freiherr von Bodman über die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen badischen Irrengesetz folgende bemerkenswerten Ausführungen gemacht:

„Der Herr Berichterstatter hat gefragt, welche Erfahrungen wir mit dem Irrengesetz von 1910 gemacht haben. Diese Erfahrungen sind sehr günstige gewesen. Es hat zwar der Verwaltungsgerichtshof durch das Gesetz ziemlich viel Arbeit und, wie von hervorragender Seite in der Öffentlichkeit gesagt wurde, unnötige Arbeit erhalten. Ich selbst halte diese Arbeit keineswegs für unnötig. Ich bin der Meinung, unser ganzes Irrenwesen hat dadurch, daß die Geisteskranken selber — soweit sie in der Lage sind, ihre Rechte wahrzunehmen — und ihre Angehörigen die Gewißheit haben, daß die Berechtigung der Unterbringung und der Zurückhaltung in einer Anstalt für Geisteskranke auf Verlangen von einem unparteiischen Gerichtshofe geprüft werde, eine ge-

*) Dasselbe findet sich abgedruckt in Nr. 25, S. 231, 1910, Bd XII dieser Zeitschrift, die Ausführungs-Verordnung dazu ebenda Nr. 29, S. 275.

sunde und gute Grundlage erhalten (sehr richtig!). Demgegenüber kann die Behelligung des Gerichtshofes mit unbegründeten Klagen nicht ins Gewicht fallen. Die Tätigkeit des Gerichtshofs hat aber auch in all den Fällen, die bis jetzt anhängig geworden sind, ergeben — wie ja nicht anders anzunehmen war —, daß die Verwaltung, sowohl die Bezirksverwaltung und die ihr als Gutachter zur Verfügung stehenden Ärzte, als auch die Verwaltung der Irrenanstalten selber, in der Tat genau nach dem Gesetz verfahren ist und daß niemand in einer Irrenanstalt aufgenommen oder zurückgehalten wird, der nicht wirklich geisteskrank ist. Ich glaube, diese Rechtssicherheit, die wir durch dieses Gesetz unter Ihrer freundlichen Mitwirkung geschaffen haben, ist ein hohes Gut."

— **Berichtigung**. In dem in Nr. 50 dieser Zeitschrift erschienenen Sitzungsbericht der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie hat sich bei der Inhaltsangabe meines Vortrages über „Gehörshalluzinationen bei progressiver Paralyse" ein Irrtum eingeschlichen. Ich habe nicht gesagt: „Während Mendel bei Paralyse sehr selten Halluzinationen beobachtet hatte, so fand Krafft-Ebing dies häufiger", sondern ich sagte umgekehrt: „Während Mendel in mehr als 30% seiner Fälle diese Störung findet, hält Krafft-Ebing sie fast als unvereinbar mit dem Krankheitsbilde der Paralyse." Dr. Tomaschny.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Schlesien.** Abteilungsarzt Dr. Ludwig Wicht, Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben, am 1. April 1912 an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lublinitz versetzt.

— **Düren.** Der Assistenzarzt Dr. Reckenwald ist am 1. März 1912 an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Galkhausen versetzt und an seine Stelle Dr. Lorenz getreten, bisher Assistent am Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses in Charlottenburg.

— **Stralsund.** Oberarzt Dr. Tomaschny wird zum 1. V. 1912 von Treptow a. R. als erster Oberarzt hierher versetzt.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 51, S. 514 2. Spalte Zl. 15 von oben muß es heißen: „Während nun ein Wegfall der Schwankungen in den Übergangswiderständen durch die Doppelfederung" etc.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich, betr. „Neuronal" bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

// Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 53. 30. März **1911/12.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt: Artikel: Die Stigmata Diaboli. Von Dr. Armin Steyerthal, Kleinen (Mecklenburg). (S. 529). — Erfahrungen über Entlassung von Kranken „gegen Revers". Von Dr. Tomaschny, Treptow a. R. (S. 536). — Mitteilungen (S. 539): Attentat eines Geisteskranken auf einen Irrenarzt. Die Jahresversammlung bayrischer Psychiater.

Die Stigmata Diaboli.*)

Von Dr. *Armin Steyerthal*, leitendem Arzte der Wasserheilanstalt Kleinen (Mecklenburg).

Die Charcotsche Ansicht von der Hysterie steht und fällt mit der Bedeutung der Stigmata. „Hysterisch ist, wer ein Stigma trägt", das ist gewissermaßen das Programm seiner ganzen Lehre. — Nun unterscheiden wir bekanntlich eine große Anzahl solcher Marken oder Stigmata, sie sind nicht durchweg gleichartig zu bewerten, aber mehr als alle andern haben von je die Störungen des Hautgefühls die Aufmerksamkeit der Ärzte wie der Laien gefesselt. Es gibt Menschen, welche an bestimmten Körperstellen nichts empfinden, sei es, daß man sie mit stumpfen Gegenständen streicht, sie mit Nadeln sticht oder gar mit Feuer brennt. Diese Unempfindlichkeit kann den ganzen Körper überziehen, aber meist beschränkt sie sich haarscharf auf eine seiner Hälften, oft ist sie auch in fleckweisen Herden angeordnet oder betrifft nur einzelne bestimmte „geometrische Segmente". „Anaesthésie en gigot" (Hammelkeule), „en manche de veste" (Kamisolärmel) und „en chaussette" (Halbstrumpf) haben die Franzosen solche Stellen getauft.

Ursprünglich verlangte man, daß diese Zonen nicht nur relativ taub, sondern wirklich unempfindlich — anästhetisch — sein müßten, d. h. wenn ich jemanden, ohne daß er es sieht, mit einer Nadel tief ins Fleisch steche, so darf er nicht einmal mit einer Wimper zucken. Die Charcotsche Schule ist aber dann weiter gegangen und hat auch alle Unterschiede der Empfindung, die sich bei der Vergleichung beider Körperhälften ergeben, mitgerechnet. So glaubt z. B. Pierre Marie, daß schon ein deutlich nachweisbares Minus von Empfindlichkeit rechts oder links genügt, um es als Stigma anzusprechen. „Diminution très marquée de la sensibilité d'un côté du corps", wie er es ausdrückt.

Mit dem Dogma von den untrüglichen hysterischen Zeichen ist ein eherner Koloß auf tönerne Füße gestellt. Greift einer die Bedeutung der Stigmata an, oder beweist er gar, daß sie als nebensächliche Erscheinungen anzusehen sind, so ist es um die Lehrsätze der Salpêtrière geschehen.

Allein die Feinde der Charcotschen Anschauungen haben sich bei solchen Beweisen nicht erst aufgehalten. Schon seit mehr denn zehn Jahren sind verschiedene Ärzte unabhängig voneinander mit der Behauptung hervorgetreten: „Kein Mensch hat schmerzlose Stellen, es sei denn, daß er zuvor einer genauen Untersuchung seines Körpers unterzogen worden wäre. Der Arzt ist es, der mit der Nadel, dem Pinsel oder was er sonst bei der Prüfung der Hautempfindlichkeit zur Hand nehmen mag, die Gefühlsunterschiede hervorzaubert. In der Frage: „Fühlen Sie das mehr als jenes?" liegt das Fiat für diese sogenannten „Stigmata hysterica". (Böttiger, Bernheim, Babinski.)

Ein kontradiktorischer Gegensatz also, der eine Welt von neuen Gedanken eröffnet; allein die Schlüsse, die aus dieser vermeintlichen Entdeckung seitens der Forscher gezogen sind, sollen uns an dieser Stelle nicht beschäftigen, sondern die Frage: „Gibt es solche taube Flecke der Haut, wie sie

*) Aus einer demnächst erscheinenden größeren Arbeit des Verf.: Prolegomena zu einer künftigen Geschichte der Hysterie.

Charcot beschreibt, oder handelt es sich dabei um Wahngebilde?"

Vielleicht möchte einer sagen, das einfachste sei, durch den Versuch am Lebenden den Zwiespalt zu entscheiden, doch damit kommen wir nicht weit. Es mögen vielleicht tagtäglich hundert Ärzte an der Arbeit sein, um durch genaue Untersuchung ihrer Kranken dieses Rätsel zu lösen, und doch, wenn es zur Abstimmung käme: wir würden ebenso viele Stimmen pro, wie kontra zählen.

Nun hat der große Charcot in seinen Werken an verschiedenen Orten betont, daß die empfindungslosen Stellen der Haut schon in den Hexenprozessen eine große Rolle gespielt haben. Den Ausdruck „Stigma" hat er den alten Gerichtsakten entlehnt: Wer ein Sklave des Satans ist, trägt das Brandmal seines Herrn, die Vestigia diaboli verraten die Söhne der Hölle.

Es ist keine leichte Aufgabe, diesen Teufelsspuren nachzugehen, denn der Weg, den sie bezeichnen, führt durch das dornige Gestrüpp scheußlicher Folterungsprotokolle bis zu den ältesten Zeiten des Christentums, wo er sich endlich in tiefem Dunkel verliert. Indessen selbst da, wo unser Pfad verschwindet, auch jenseits der letzten Grenze menschlicher Überlieferung, sind hin und wieder jene seltsamen Fußtapfen zu erkennen. Sie sind weit älter als der Christenglaube, weit älter als die Kunst des Schreibens, sie weisen auf alte heidnische Opfergebräuche, wie sie der Kult der parsischen Mysterien in sich schließt, zurück. Bis zu Mithra und Abraxas würden sie uns führen. In der grauen Vorzeit, da der Mensch noch nicht einmal gelernt hatte, seinen Gott in rohem Stein zu bilden, trug er schon das Dämonszeichen auf dem Haupte. So alt sind diese „Stigmata", um deren Sein und Nichtsein heute die Gelehrten streiten.

Der Glaube, daß der Mensch ein Bündnis mit dem Satan schließen könne, ist uralt, aber verderblich für die Menschheit wird er erst in den Zeiten des späteren Mittelalters. Erst als jenes phantastische Spiel mit den dämonischen Geistern beginnt, das die Christenheit nahezu in eine Gesellschaft von betrogenen Betrügern verwandelt (Adolf Harnack, Lehrbuch der Dogmengeschichte, Bd. II, S. 7, Anmk.), kommt Methode in den Unsinn, und das Recht des Menschen gegenüber der Hölle wird paragraphiert.

Der Teufel ist der Meister der Lüge und Falschheit, wer einen Vertrag mit ihm eingeht, wird voraussichtlich betrogen werden, aber auf der anderen Seite kann auch der Mensch den Dämon beschwindeln, deshalb sieht sich der Böse vor, und wem er nicht traut, den stempelt er mit einem bestimmten Zeichen. Das ist der Gedankengang, der in der Zeit des ausgebildeten Kriminalprozesses wider die Hexen und Zauberer aller Orten in heiligen und profanen Schriften anzutreffen ist.

Nun ist es immer gut, wenn einer etwas Seltsames und Unerhörtes ausdenkt, aus älteren Skripturen zu belegen, daß schließlich jener neue Gedanke uralt sei, denn um so leichter wird er dann die Herzen der Menschen gewinnen.

So hat man auch zu beweisen versucht, daß die Idee eines Stempels, der den Pakt zwischen Mensch und Hölle besiegelt, durchaus nichts Ungewohntes sei, denn davon hätten schon die alten Kirchenschriftsteller Tertullianus, Irenaeus und Hippolytus Martyr gesprochen.

Je öfter und unbestrittener ein Zitat in einer großen Anzahl Schriften wiederkehrt, um so wunderbarer pflegt das Ergebnis zu sein, wenn man sich die Mühe nimmt, im Urtexte die Belegstelle nachzuschlagen.

So geht es auch hier. In hunderten von Büchern und Traktätchen findet sich die Angabe, daß die drei genannten Väter vom Teufelsbunde und seinen Merkzeichen reden, wer aber nachsucht, wird recht wenig davon entdecken.

Der erste von ihnen, Quintus Septimius Florenz Tertullianus (ca. 160 bis 220 n. Chr.) hat ein Buch geschrieben: „De praescriptione haereticorum". Das Wort „Praescriptio" ist auf deutsch nicht leicht zu übersetzen, denn es ist der Sprache des römischen Rechts entlehnt und bedeutet in diesem Falle soviel wie: „Einwand auf Ersitzung". Bei gewissen bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten genügte damaliger Zeit der Einwand, daß der langdauernde, unbestrittene Besitz einer Sache ein dingliches Recht auf sie begründe, und so hatten die Häretiker, also die Ketzer, mit denen Tertullianus streitet, „eingewandt", daß ihr Besitzrecht der Wahrheit stets unangefochten gewesen sei. Ihr Glaube müsse daher gelten.

In dieser Schrift „Vom Einwande der Ketzer" findet sich der Passus: „Er zeichnet seine Krieger an der Stirn". [Signat illic in frontibus milites suos (De praesc. 40).]

Die Stelle ist den Autoren, die sich mit dem Kapitel der Teufelsmale befaßt haben, nicht entgangen. Soldan sagt in seiner „Geschichte der Hexenprozesse": „Bei Tertullian findet sich von dem Gedanken des Teufelsbundes eine erste Spur" (Bd. I, S. 166), und Briquet, der berühmte französische Arzt, hat in der geschichtlichen Einleitung

zu seinem bekannten „Traité de l'hystérie" gleichfalls darauf hingewiesen. Von da ist das Zitat durch eine ganze Reihe von Schriften über die Hysterie zu verfolgen. Ob einer der Herren, die den Tertullianus als Zeugen anführen, dessen Bücher gelesen hat, bleibe dahingestellt, sehr wahrscheinlich ist es nicht, denn wer Juristenlatein versteht, sieht unschwer, daß an jener Stelle vom Teufel gar keine Rede ist. Allein deshalb verliert sie nichts von ihrer Bedeutung, sie wird sogar zum wichtigsten Merkzeichen für unsere weitere Untersuchung und weist uns eine neue Bahn. Nicht vom Satan spricht der Kirchenvater, sondern vom Mithra, das Wort „milites" ist nicht mit Krieger oder Jünger, sondern mit „Priester" zu übersetzen. Bei den geheimnisvollen Mysterien des iranischen Sonnengottes galt nur der als geweiht, dem das Brandmal auf der Stirne flammte. „Milites" sind die Mithrapriester, die einen Teil der Weihen, aber noch nicht die höchsten empfangen haben. Daß Tertullian den Sonnengott, den Mittler zwischen Himmel und Erden, schlechtweg gleich dem bösen Geiste setzt, darf uns nicht wundern, denn wir stehen hier inmitten jenes großen Vernichtungskampfes, den die ersten christlichen Gemeinden wider die Gnostiker führen und in diesem Streite war jedes Mittel recht.

Es ist ein Wagnis, solche Dinge vor Ärzten zu besprechen, aber zum richtigen Verständnisse jener schauerlichen Epoche der Menschheitsgeschichte, die wir das Zeitalter der Hexenverfolgungen nennen, läßt sich ein kurzer Blick in die Bewegung der Geister an der Wende der alten und der neuen Zeit nicht ganz vermeiden.

Als Paulus seine Lehre vom neuen Heile in alle Welt verbreitet, trifft er auf einen schon seit Jahrtausenden in allen Köpfen spukenden ganz ähnlichen Gedanken. Der Gott des Paulus, der eines schimpflichen Todes gestorben ist, kann nichts anderes sein, als jener Mithra, der nach allen Schrecknissen dieser Welt die Seelen der Bedrängten zum ewigen Lichte rettet, und das hohe Lied der Griechen von der Befreiung der Ideen von den Leidenschaften scheint hier zur Wirklichkeit zu werden. Was jetzt an halb verstandenen, mehr gehofften als bewiesenen Ideen zusammenströmt, ist im innersten Kerne ganz genau das gleiche: Ein Gott wird uns aus dieser Erdennacht zu neuem Leben führen. Die tausende in allen Farben spielenden Varianten dieser einen unbezwinglichen Himmelssehnsucht, die der neuen Lehre die Wege bereitet, hat man um diese Zeit mit dem gemeinsamen Kennworte „Gnosis" zusammengefaßt. Im Grunde sind es nur die ewigen Klänge der uralten mithraischen Symphonie, die im Herzen aller denkenden Menschen an verwandte Saiten rühren. Indessen gleichviel, der auf dem alten Testamente aufgebauten Christenlehre ist dieses Licht des Orients verderblich. Wer das glaubt, was die Gnostiker predigen, ist ein Ketzer und muß bekämpft werden, die Kirche darf keine Häresie, d. h. keine eigene Deutung der apostolischen Lehre dulden, denn es handelt sich hier um einen Verzweiflungskampf, und wer gewinnt, wird die Welt beherrschen.

Noch nach mehr denn einem Jahrtausend erhebt das Schreckgespenst des Mithraismus sein Gorgonenantlitz wider die Kirche. Der erste Hexenprozeß, der je in der Welt verhandelt ist, war ein vernichtender Stoß gegen jene aus dem fernen Osten stammende Verehrung des Lichtgottes. Die Waldenserei, die erste Zauberbewegung, die das Mittelalter kennt, trägt einen Hauch vom Mithrakulte in sich. Das ist der Grund, weshalb die Kirche so schonungslos gegen diese Verderber der Christenheit wütet. Wer das festhält, wird den Gang und die Motive der Hexenverfolgungen weit besser verstehen, als wenn er einzig und allein die Dummheit der Menschen für alles verantwortlich macht. Ein Zeitalter, das über die Torheit der Vorväter lachen könnte, ohne sich dabei an die eigene Nase fassen zu müssen, ist bis jetzt noch nicht geboren.

Nun wird auch um so eher verständlich werden, was der zweite der sogenannten „antignostischen" Väter über die Teufelsmale sagt: Irenaeus, Bischof von Lyon (ca. 177 n. Chr.). Auch er hat ein Werk gegen die Ketzer geschrieben (Adversus haereseos) und darin höhnisch angemerkt, daß manche Gnostiker (die Karpokratianer) ihre Schüler mit einem glühenden Eisen am rechten Ohre brennen (cauteriantes suos discipulos in posterioribus partibus extantiae dextrae auris). Hier treffen wir also die Spuren jener Zeremonien, die einst Mithra vorgeschrieben hatte, bei einem Teile seiner Anhänger wieder.

Der dritte unserer Gewährsmänner Hippolytus, der Märtyrer (ca. 217 n. Chr.), kommt uns schon etwas näher. So ungefähr, als wenn der Prophet Hosea vom Leder zieht, rasselt seine Bußpredigt vom Untergange der Welt auf die Köpfe der Gemeinde nieder. Der Antichrist wird erscheinen und wird alles, was ist, verderben. Grausam ist seine Macht und furchtbar sein Strafgericht. Und dieser Schelm, dieser Bösewicht ahmt in allem dem Himmelsherrn nach: er tauft, er salbt und verspricht die Vergebung der Sünden. Auch ein Zeichen hat er, ein Sphragisma, das er allen denen aufdrücken wird, die herauskommen, wenn die Tuba erdröhnt, und anbetend vor ihm niederfallen, die aber entfliehen und

sich verbergen, wird er unter unerhörten Martern vernichten. Das Siegel bekommt ein jeder nicht nur auf die Stirn, sondern auch auf die rechte Hand, es hat die Form einer Zahl, gleicht den Buchstaben des griechischen Alphabets Chi, Xi und Sigma und bedeutet: „Nego!", d. h. „Ich schwöre ab". (De consummatione mundi, Kap. 28 und 29.)

Daß bei keinem der drei angezogenen Autoren von einem Bündnisse die Rede ist, das ein lebender Mensch mit der Hölle schließen kann, liegt auf der Hand. Tertullianus und Irenaeus verspotten die Sitte des orientalischen Kultus, die Gläubigen zu brennen, Hippolytus schildert eine Regierungshandlung, durch welche Satanas die Getreuen von den Ungetreuen sondern wird, wenn er dereinst kommt, um die Welt zu zerstören. Das Tertium comparationis bei allen dreien ist mithin einzig und allein das Sigillum, das der Schüler aufgedrückt bekommt, das Stigma also, aber dieser Ausdruck ist weit älter, denn so hieß schon im Römerheere das Brandzeichen, das der Rekrut erhielt, damit er nicht ohne weiteres fahnenflüchtig werden konnte. Daß man im alten Rom mit dem glühenden Eisen auch sonst nicht allzu vorsichtig umging, ist bekannt, die Sklaven wurden auf diese Art gezeichnet, dem Kalumniator, der einen Menschen ungerecht verleumdet hatte, brannte man ein K vor die Stirne und der Dieb erhielt ebenfalls sein Merkmal, damit man ihm im Rückfalle auch ohne Personalakten seine Schuld beweisen konnte. Auf den Galeeren und im Bagno hat sich diese Sitte des Brandmarkens bis in das letzte Jahrhundert erhalten.

Als mit dem unheilvollen päpstlichen Sendschreiben Innozenz VIII. im Jahre 1484 das Zeitalter der Hexenverfolgung beginnt, weiß niemand etwas davon, daß die Hexen und die Zauberer, die einen Pakt mit dem Satan schließen, durch ein besonderes Stigma gezeichnet sind. Der Gedanke gewinnt erst Bedeutung, nachdem bereits hunderte und aberhunderte von unglückseligen Opfern auf Grund anderer Indizien hin den Scheiterhaufen bestiegen haben. Wer zuerst auf die Idee des untrüglichen Teufelsmales verfallen ist, läßt sich aus den einem gewöhnlichen Sterblichen zugänglichen Lehrbüchern des Hexenrechtes nicht ersehen. Zunächst werden jene Vestigia nur als Raritäten in den Untersuchungsprotokollen verzeichnet, dann findet man sie immer häufiger und zuletzt gilt es als Ausnahmefall, wenn man sie einmal vermißt.

Das klassische Handbuch für den Hexenrichter, der Malleus malleficarum, kennt die Stigmata noch nicht. Allerdings empfiehlt Jakobus Sprenger — denn das ist der Autor, dem das Hauptverdienst an diesem schamlosesten aller Pamphlete zukommt —, die Hexen am ganzen Körper zu scheren, aber der Grund dieser Maßregel ist nur der, verborgene Gegenstände, die sie gegen die Folter unempfindlich machen könnten, zu entdecken.

Auch Dr. Johann Weyer, der erste Bekämpfer des Hexenwahns (Binz), scheint von den Teufelszeichen nichts gewußt zu haben.

Der erste, der sich, wenn ich einige wenige undeutliche und zweifelhafte Stellen älterer Autoren übergehen darf, genauer darüber äußert, ist Lambertus Danaeus, ein geistlicher Herr in Köln. Sein Buch „Über die Giftmischer" (erschienen 1574) ist in Form eines Zwiegesprächs abgefaßt. Die Stelle, die sich auf den Teufelsbund bezieht, mag hier Platz finden: „Das sage ich Dir: jeder Zauberer hat einen Pakt mit dem Satan geschlossen und zum Zeichen dessen bekommt er ein Siegel aufgedrückt und eingebrannt. Bei manchen sitzt es unter dem Augenlide, bei anderen zwischen den Hinterbacken und am Gaumenboden, damit es auf diese Weise verborgen und unbekannt bleiben soll. Nun haben einige behauptet, nicht alle Zauberer seien mit einem solchen Stigma gebrannt, sondern nur die unsicheren Jünger, die Getreuen blieben frei von dem Zeichen: dagegen muß ich mit Sicherheit und wahrheitsgemäß betonen, daß er niemanden mit diesem Wahrzeichen seines Herrenrechtes verschont (neminem ex illis esse, cui non impresserit sui in eum juris et potestatis aliquod indicium et vestigium). Deswegen sollten die Richter, die solche Malefizverbrechen abzuurteilen haben, ganz besonders dafür sorgen, daß die Verdächtigen am ganzen Körper geschoren und rasiert werden, damit sich nicht etwa jenes Stigma unter der Behaarung des Körpers verbirgt." (De venefic, Kap. 4.)

Wie nun im übrigen diese Hexenzeichen aussehen, darüber gibt Danaeus keine Auskunft, aber seine Lehre ist auf fruchtbaren Boden gefallen, denn von jetzt ab wird in keinem der zahlreichen Handbücher für den Kriminalprozeß „contra sagas" eine Bemerkung über diese Dinge vermißt.

Jean Bodin, Philosoph, Hexenrichter und manches andere noch in einer Person, gibt in seiner „Daemonomania" (erschienen 1580) schon eine genauere Beschreibung. Er erwähnt, daß die Marke wie die Spur eines Hasen (quasi vestigium leporis) aussehen könne, und daß solche Stellen **unempfindlich seien, selbst wenn eine Nadel bis auf den Knochen hindurchgestoßen würde.** Auch daß ein solches Stigma am nächsten Tage

verschwinden kann, ist ihm bereits bekannt. (Daemon. lib. 4, Kap. 4.)

Nun enthielt der Satz des Danaeus, daß jeder Magier ohne Ausnahme ein Teufelszeichen trüge, eine gewisse Beschränkung der richterlichen Allgewalt, denn alsdann hätte man unter Umständen einen Delinquenten wegen Mangels dieses Stigmas laufen lassen müssen.

Jean Bodin dreht deshalb die Worte jenes Autors völlig um und sagt: „Dennoch glaube ich mit Danaeus, daß die größten Zauberer gar kein Zeichen tragen, oder doch an einer so verschwiegenen Stelle, daß es außerordentlich schwer ist, sie daran zu erkennen.“ (ibid. lib. 4, Kap. 4.)

Um diese Zeit haben die Stigmata im Strafprozesse unstreitig schon eine gewisse Bedeutung erlangt, denn der Professor Johann Georg Godelmann, der im Jahre 1584 an der Universität Rostock Vorlesungen über die peinliche Halsgerichtsordnung hält, sieht sich genötigt, einen energischen Protest dagegen zu erheben: „Das sind unsinnige, verkehrte und lächerliche Zeichen, und deswegen dürfen sie nicht zugelassen werden, denn sie widersprechen unseren Gesetzen“ (Trac. de magis etc. 1676, lib 3, Kap. 3, § 28).

Auch Godelmann legt die oben angeführte Stelle des Danaeus so aus, daß nur die unsicheren Heerespflichtigen das Mal des Höllenfürsten trügen, falls also nicht der kölnische Priester in einer späteren, mir bisher unbekannten Auflage seines Werkes zu anderen Anschauungen gekommen sein sollte, so muß ich annehmen, daß Prof. Godelmann sein Zitat aus dem Danaeus auf Umwegen durch die „Dämonomanie“ Jean Bodins erhalten hat.

Eingehender noch als die genannten Schriftsteller äußert sich der herzoglich lothringische Geheime Rat und Oberrichter Nicolaus Remigius über die Stigmata. Er hat auf dem Titelblatte seiner „Daemonolatreia“ (von 1589) angeführt, daß seine Erfahrungen sich auf etwa 900 Todesurteile stützten. Kein Wunder also, daß er mit den Indizien der Hexerei Bescheid weiß. Er widmet den „Teufelsnoten“ ein eigenes Kapitel und vergleicht die Manier der Dämonen, ihren Verbündeten bestimmte Zeichen „einzukratzen“, mit der im alten Rom gebräuchlichen Sitte, die Sklaven zu brennen. Daß gerade die Stelle, wo der Christ die Taufe oder das Chrisma empfangen habe, bei dieser Stemplung vom Teufel bevorzugt würde, hält er nicht für wahrscheinlich, denn auch an anderen Gegenden des Körpers finden sich die Spuren der Teufelskrallen in Form von schmerzlosen Partien. Aus seiner zahlreichen Kasuistik führt er eine ganze Reihe von Beispielen an. Zwei Inquisitinnen gestanden, daß sie das Zeichen ihrer Ketzerei (illud perfidiae suae symbolum) auf die Stirne eingebrannt erhalten hätten, eine hat es am Hinterhaupte, eine auf Brust und Rücken, die nächste an der Hüfte und wieder andere auf der Schulter sitzen. „Und das Wunderbarste dabei ist,“ fügte der Geheime Rat hinzu, „daß diese ganze Stelle so blutlos und so taub ist, daß ein Nadelstich weder schmerzt, noch einen Tropfen Blut hervorlockt“ (Daemon., Kap. 5). Daß natürlich auch in Ermangelung echter empfindungsloser Punkte Narben und Warzen als Teufelsmale dienen müssen, ergibt sich aus dem Buche des Remigius so gut, wie aus ähnlichen Machwerken anderer Hexenrichter. — In einem späteren Kapitel vergleicht der Autor die Wirkungen des Blitzstrahls mit denen der Teufelskrallen. Daß er einmal in einem vom Blitze getroffenen Hause den schrecklichsten Schwefelgestank wahrgenommen hat, verfehlt der blöde Mensch nicht, ausdrücklich hervorzuheben. (Kap. 27.)

Aus der großen Zahl der Bücher, welche um diese Zeit der Druckerpresse entschlüpfen, um dem Hexenrichter mit gutem Rate an die Hand zu gehen, mögen hier nur noch die „Disquisitiones magicae“ des Jesuitenpaters Martinus Delrio erwähnt werden. Ein stattliches, in drei Schweinslederfolianten angeordnetes Werk, das indessen, weil es in besserem Latein geschrieben ist als die meisten ähnlichen Traktate, ohne große Mühe gelesen werden kann. Das schöne Exemplar der Universitätsbibliothek Rostock ist von 1609, die erste Ausgabe dürfte indessen etwa zehn Jahre früher erschienen sein. Als Schüler des großen Ignatius ist der Verfasser grundgelehrt, — zu seinem Kommentare des Seneca soll er 1100 Werke verschiedener Sprachen herbeigezogen haben.

„Eine reiche Schatzkammer aller Zauber- und Teufelsgeschichten“ hat David Hauber das Buch genannt (Bibl. magica, XV, S. 155).

Das Kapitel, welches sich hauptsächlich mit unserem Thema befaßt, ist überschrieben: „Ob die Dämonen Menschen unempfindlich machen oder sie in langdauernden Schlaf versenken können?“ — Die Meinung der Kirchenväter, daß der Satan in allem den Herrgott nachahme, daß er taufe, salbe und das Abendmahl reiche, macht auch er zu der seinigen, dazu bedarf der Böse eines Zeichens, das der Beschneidung oder der Taufe gleichwertig und gleichbedeutend ist, also den

Bund mit ihm besiegelt. „Einige wollen nun", fährt Delrio fort, „die Hexen daran erkennen, daß die vom Chrisma berührte Stelle auf der Stirn abgekratzt sei (ex eradicatione chrismatis in fronte), aber das ist lächerlich, denn die Salbung läßt auf der Stirne des Firmlings keine sicht- oder fühlbare Spur zurück." Was das Stigma anlangt, so wird auch hier wieder betont, daß nur die zweifelhaften Elemente damit versehen sind, zuweilen vernichtet der Teufel auch das Zeichen während der Haft und zuweilen läßt er es bestehen, damit auch einmal ein Unschuldiger verurteilt wird. Ein solches Stigma kann, nach der Erfahrung unseres Gewährsmanns, sehr verschiedenen Dingen gleichen: der Spur eines Hasen, der Hand einer Kröte, der Gestalt eines Kätzchens, einer Ratte und ähnlichem. Einmal saß es ganz versteckt auf der linken Schulter, hatte etwa die Größe eines Pfennigs und war so unregelmäßig begrenzt, als ob sich vom Zentrum bis zur Peripherie lauter Fäden zögen, dabei war die Stelle gänzlich gefühllos. Ein andermal fand sich auf dem Rücken des Delinquenten das Signum in Form einer Katze, stach man im Bereiche dieses Bildes mit einer Nadel oder einer Schreibfeder hinein in die Haut, so empfand der Angeschuldigte keinerlei Schmerz, berührte man ihn aber außerhalb jenes Katzenbildes, ohne daß er es sah, so beklagte er sich sofort über die heftigsten Schmerzen. Gedankenvoll fügt der gelehrte Pater dieser Beobachtung hinzu: „Eine natürliche Erklärung finde ich dafür nicht, ich vermute, der Grund liegt auf übersinnlichem Gebiete: der Teufel hat sich in seinem Hochmute gekränkt gefühlt und auf diese Weise gegen seinen Sklaven gewütet."

Es folgt dann noch an anderer Stelle die Bemerkung, daß es gar nicht so leicht sei, das wahre Signum von einer Warze, einem Leberflecke, einer Narbe oder einem natürlichen Ausschlage zu unterscheiden. Auch die oben schon erwähnten bunten Gestaltungsformen sind hinderlich dabei und endlich nicht weniger der versteckte Sitz: bei Männern findet man es oft unter den Augenlidern, unter den Lippen, in den Achselhöhlen, am Gesäße, bei Weibern an den Brüsten und den Geschlechtsteilen. Nun kommt noch hinzu, daß, wie die Erfahrung lehrt, das Stigma gar nicht immer unempfindlich zu sein braucht, auch können die Inquisiten leicht Schmerzen erheucheln, wenn man sie sticht. Deswegen ist von anderer Seite besonders darauf aufmerksam gemacht, daß die Nadelprobe mit der größten Vorsicht ausgeführt werden müsse, und zwar so, daß die Hexe nicht zusieht, wenn sie gestochen wird.

Das Buch, aus welchem dieser weise Rat entlehnt ist (Michaelius, Pneumaloga oder so ähnlich dürfte der Titel lauten), ist mir bisher leider nicht zugänglich gewesen.

So weit Martinus Delrio. Er soll der letzte sein von seiner Zunft, dessen Opus uns eingehender beschäftigt, denn in dem ganzen Jahrhundert, das nunmehr vergeht, gehört die Nadelprobe zu den unentbehrlichsten Hilfsmitteln des Kriminalprozesses gegen Zauberer und Hexen. Kaum ein Torturprotokoll werden wir vergeblich daraufhin durchmustern, ob der Stich angewandt sei, und er scheint selten versagt zu haben. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in Frankreich, Belgien, England und Spanien wird sie durchgehends geübt, bald vom Scharfrichter selbst, bald von eigens dazu angestellten, meist recht zweideutigen Elementen, früheren Hexenmeistern, bedingt Begnadigten und ähnlichen Individuen. Daß auch die Chirurgen von Fach dabei in Tätigkeit traten, wollen wir nicht verschweigen.

In Frankreich scheint man diese berüchtigten Stigmata Diaboli am seltensten vermißt zu haben, wenigstens hebt der Königliche Rat am Parlamente zu Bordeaux, Pierre de Lancre, in seinem dickleibigen Werke (Tableau de l'inconstance etc., Paris, 1613) ausdrücklich hervor, daß von einem Mangel des Signums bei den allergrößten Hexenmeistern gar keine Rede sein könne, denn er habe die Haupthexen in seiner Praxis stets ein-, zwei- und dreimal gezeichnet gefunden.

Wir sehen also auch hier, daß im klassischen Vaterlande der Hysterie diejenigen Symptome, die man anderswo nur als Rudimente beobachtet, in schärfster Umrandung hervortreten.

Erst als die finsteren Schatten des Hexenglaubens vor dem aufglimmenden Lichte der neuen Zeit entweichen, erheben sich gewichtige Stimmen, die gegen den Unsinn der Teufelsmale zu protestieren wagen. Mit dem Beginne des 18. Jahrhunderts zittern die Grundvesten, auf welchen die Kirche dereinst den Glauben an den Teufelsbund gründete, bereits in allen Fugen, aber die letzte Reichshexe ist bekanntlich erst 1749 — im Geburtsjahre Goethes — verbrannt, und so lange es Hexenprozesse gibt, bleibt auch die Nadelprobe in Kraft.

Im Jahre 1660 verordnete der Gerichtshof in Flandern, daß nicht mehr der Scharfrichter, sondern ein unverdächtiger Arzt nach den Teufelsmalen zu suchen habe.

Die peinliche Gerichtsordnung Joseph I. für Böhmen, Mähren und Schlesien vom Jahre 1707 nennt unter den Indizien wahrhafter Zauberei

„an des Inquisiten Leib unschmerzhafft befundene Merkmale“.

Und damit auch dieser grausigen Tragödie das Satyrspiel nicht fehlt, mögen hier die Worte der „amtlichen Instruktion zum Malefiz-Inquisitionsprozesse bei den kurbayerischen Landgerichten vom Jahre 1769“ angeführt werden: „Die Schwarzkünstler, Hexen und Zauberer machen mit dem Teufel einen ordentlichen Pakt, schwören demselben die Treue, beten ihn mit gebogenen Knien an etc., werden auch von ihm an unterschiedlichen Orten des Leibes mit verschiedenen Figuren gezeichnet, allwo sie hernach keine Empfindlichkeit haben“. (Soldan, l. c. II, S. 302.)

Daß im Jahre 1769 — fast 30 Jahre, nachdem Friedrich der Einzige das berühmte Marginal: „In meinen Ländern können die alten Frauen eines natürlichen Todes sterben“ geschrieben hatte — der Hexenprozeß nach altem Ritual selbst in Kurbayern unmöglich war, ist selbstverständlich. Das angeführte Schriftstück hat kein Unheil mehr gestiftet.

Wie stand es nun während dieser ganzen Zeit, die wir im Fluge überschaut haben, mit der ärztlichen Wissenschaft? Wie vor allem kommt der Zusammenhang der Stigmata Diaboli mit der Krankheit, die wir nach Charcot als „die Hysterie“ bezeichnen, zustande?

Bereits vorhin ist einmal erwähnt, daß Ärzte und Chirurgen beim Forschen nach dem Hexenzeichen nicht selten in Aktion traten, sie haben darin eine große Fertigkeit erworben, aber wir erfahren nirgends, daß einer den teuflischen Ursprung der empfindungslosen Stellen angezweifelt hätte.

In den Schriften über die Hysterie, die bis zum Ende des 18. Jahrhunderts schon eine stattliche Bücherei ausmachen, ist kein Wort über taube Regionen der Haut zu finden.

Vielleicht hat Gilles de la Tourette ganz recht: „Die Autoren fürchteten, die alten Wundererscheinungen der Besessenheit wieder wachzurufen, daraus erklärt sich die Tatsache, daß sie eins der interessantesten Kapitel der Hysterie mit Stillschweigen übergingen.“

Erst im Jahre 1846 erklärte Gendrin vor der Akademie der Medizin zu Paris, daß in allen Fällen von Hysterie ausnahmslos ein Zustand von allgemeiner oder teilweiser Unempfindlichkeit bestände, und erhebt damit einen Satz zum Dogma, an den auch heute noch eine große Anzahl von Ärzten glaubt. Freilich ist von diesem Lehrsatze bis zu Charcots Standpunkte noch ein weiter Sprung, denn der große Lehrer der Salpêtrière schließt weiter: „Folglich ist jeder Zustand, bei welchem wir Unempfindlichkeiten der Haut entdecken, ein hysterischer!“

Der Schluß wäre nur dann richtig, wenn die Tatsache richtig wäre, und die Tatsache ist unbedingt falsch, wenn ihre notwendigste Voraussetzung hinwegfällt, d. h. Charcots Lehre von der Hysterie ist — ganz abgesehen von alledem, was sonst dagegen spricht — schon dann hinfällig, wenn es keine anästhetischen Stellen am Körper gibt.

Damit sind wir zum Ausgangspunkte unserer Wanderung zurückgekehrt, und was haben wir auf unserem mühsamen Wege an Material zur Klärung dieser Frage gesammelt? Ist auch das Mal der Hexe erst unter der Nadel des Scharfrichters entstanden? Hat sich auch Pierre de Lancre bei seinen bis zur spitzfindigsten Methode ausgebildeten Punktionen täuschen lassen?

Man ziehe doch einmal eine Parallele zwischen damals und jetzt, die unglückliche eingekerkerte Gaja hat — wenn sie überhaupt ahnt, daß sie gezeichnet ist — Grund genug, die Teufelsmale zu verstecken. Der Inquisitor weiß das ganz genau und ordnet seinen Versuch derartig an, daß ihm die Angeschuldigte nicht auf die Finger sieht. Wir heutigen Ärzte, die wir Nadelprobe üben, haben keinen Grund, die im alten Kriminalprozesse angebrachte Vorsicht außer acht zu lassen. Unsere Probe hat oft nur den Zweck, an einem Menschen, der uns bei bester körperlicher Gesundheit die ungeheuerlichsten Beschwerden vorstöhnt, ein untrügliches Zeichen zu finden, das seine Klagen unterstützt. Wir richten eine Frage an die Natur, denn wir möchten nicht in unserem Urteile einzig und allein von den Dingen abhängig sein, die uns der angebliche Kranke erzählt. Wir wissen aus unserer Erfahrung, daß kein Mensch auf Gottes weiter Welt so unverschämt belogen wird, wie der Arzt, selbst der Untersuchungsrichter hat in diesem Punkte nichts vor uns voraus.

Wenn der, der da vor mir steht und von den beweglichsten Klagen übersprudelt, einen deutlichen Unterschied im Gefühle beider Körperhälften aufweist, so wird mein Urteil für ihn günstiger werden, denn möglicherweise deutet jenes Zeichen auf ein tief innen wühlendes, sagen wir meinetwegen faute de mieux „hysterisches“ Leiden. Wen ich mit der spitzen Nadel bis auf die Knochen stechen kann, ohne daß er es fühlt, der ist jedenfalls kein normaler Mensch, seine Klagen wollen beachtet sein, ich habe kein Recht, ihn einen Schwindler zu nennen. Wehe mir, wenn der Untersuchte das weiß, denn er wird

natürlich gern geneigt sein, mir einen unanfechtbaren Beweis für seinen jammervollen Zustand an die Hand zu geben. Also Vorsicht, er darf nicht sehen, ob, wo und wie ich ihn steche und — die alte Technik der Nadelprobe nach Peter von Lancre ist fertig. „In der linken Hand", so heißt es im Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons, „hielt der Chirurg eine Nadel und berührte mit dem Kopfe derselben die Hexe an verschiedenen Stellen, aber sie konnte es nicht sehen, denn die Augen waren ihr verbunden. In der anderen Hand hatte er ebenfalls eine Nadel oder sonst einen spitzigen Gegenstand (une autre espingle ou eguille ou une aleine). Wenn er nun die Hexe mit dem Nadelknopfe berührte, so wurde sie unruhig und klagte über große Schmerzen, stieß man ihr aber gleichzeitig an der Stelle der Marke die Spitze durch die Haut bis auf den Knochen, so sagte sie kein Wort", („qu'en meme temps on luy mit l'espingle jusque aux os dans la dicte marque, elle ne disait mot".)

Also die Methode der Untersuchung ist hier wie da die gleiche, wir wollen wissen, ob einer an bestimmten Stellen seines Körpers Gefühl hat oder nicht, und da können wir nicht gut anders vorgehen, als hier beschrieben ist, denn sonst würde man uns täuschen.

Nun hat man gesagt, je öfter einer untersucht wird, um so mehr lernt er mit den Unterschieden seiner Hautempfindlichkeit zu paradieren, man kann gewissermaßen diese Zeichen künstlich züchten. Der Wunsch ist der Vater des Gedankens, wer da weiß, daß er eine Rente bekommt, wenn er links mehr fühlt als rechts, wird schnell zum Virtuosen der veränderten Empfindlichkeit, fast jeden Tag ist das Ergebnis unserer Prüfung ein anderes, immer bunter und verzerrter werden die Bilder, die wir auf der Haut entwerfen, und darum ist die ganze Sache Schwindel!

Daß heute im Zeitalter der Haftpflicht, der Unfallversicherung und der Rentensucht so etwas vorkommt, soll nicht bestritten werden, aber darf man darum rückschließend sagen, wir haben stets mit Wahngebilden zu tun gehabt?

In der ganzen Zeit vom ersten Auftauchen der Stigmata an bis zu dem Augenblicke, daß man sie zum wunderlichen Phänomen eines mysteriösen Seelenleidens erklärt, hat kein einziger kritischer Geist an ihrer Existenz gezweifelt.

Und nun wolle man ferner beachten: Längst ist die letzte Hexe auf Grund eines Stigmas gefoltert und verbrannt, längst hat sich der Staub über den Akten des letzten Strafprozesses gegen Zauberer, Beschwörer und Wahrsager gehäuft, da entdeckte das forschende Auge eines geschulten Arztes, der vielleicht nie ein Torturprotokoll gelesen hatte, die Vestigia Diaboli von neuem. Und wieder vergehen nahezu zwanzig Jahre, bis ein anderer kommt und sagt: „Das sind ja die alten Dinge, die früher so viel Unheil gestiftet haben."

Wie groß ist da noch die Wahrscheinlichkeit, daß stets und ständig leeres Gaukelwerk im Spiele gewesen wäre.

Das wenigstens möchte ich aus dieser Untersuchung schließen: Stigmata, d. h. Stellen am Körper, an denen die Haut schmerzlos durchstochen werden kann, hat es stets gegeben und gibt es auch heute noch, aber mit der Deutung dieser rätselhaften Flecke soll man vorsichtig zu Werke gehen, sonst nimmt uns der Teufel beim Ohr und führt uns in die Irre, wie er dereinst die ganze bezauberte Welt auf Irrwege geleitet hat.

Und so möchte ich denn meinen Ausflug in die höllischen Gefilde mit den Worten des ehrlichen Dr. Johann Weyher beschließen: „Das weitere von Teufelskunst mag uns ein anderer erzählen, der sich darauf versteht." (Proinde exquisitiorem artium harum diabolicarum enumerationem permitto illis, qui eas didicerunt.) (De praestig. daemon., Basileae, 1568, S. 191.)

(Aus der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R.)

Erfahrungen über Entlassung von Kranken „gegen Revers".

Von Dr. *Tomaschny*.

Wie wohl in vielen Heilanstalten, besteht auch bei uns fast schon seit Eröffnung der Anstalt die Gepflogenheit, solche Kranke, die nach ärztlicher Auffassung noch unbedingt der Anstaltsbehandlung bedürfen, deren Entlassung aber von den Angehörigen trotzdem gefordert wird, „gegen Revers" zu entlassen.*) In diesem Revers erkennen die Angehörigen durch Unterschrift an, daß sie auf der Entlassung gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat

*) Bei für ihre Umgebung besonders gefährlichen Kranken verlangen wir zur Entlassung die Einwilligung der zuständigen Polizeibehörde.

bestehen und verpflichten sich gleichzeitig, für alle aus der Entlassung entstehenden Folgen die Verantwortung zu übernehmen. Nachdem wir nunmehr durch mehr als zehn Jahre hindurch dieses Verfahren geübt haben, erschien es verlohnend nachzuprüfen, welche Erfahrungen wir hierbei gemacht haben und ob sich vielleicht hieraus irgendwelche allgemeine Gesichtspunkte bezüglich der Entlassung der Kranken überhaupt ergeben haben. Im nachfolgenden sei über das Ergebnis dieser Zusammenstellung berichtet.

Die Gesamtzahl der im Zeitraum von zehn Jahren überhaupt entlassenen Männer betrug 593, die der Frauen 465; hiervon waren gegen Revers entlassen 30 Männer und 66 Frauen oder in Prozenten berechnet bei den Männern 5 %, bei den Frauen 12 % der Entlassenen. Es ist also dieses Verfahren bei den Frauen noch mehr als einmal so oft in Anwendung gekommen als bei den Männern.

Forschen wir nach den Gründen, die zur vorzeitigen Herausnahme der Kranken bestimmend waren, so ergibt sich, daß sie in der überwiegenden Mehrzahl, ja in fast allen Fällen auf materiellem bezw. sozialem Gebiete liegen.

Wie uns ein Blick auf die Reihe der gegen Revers Entlassenen belehrt, handelt es sich fast durchweg um verheiratete Personen in den mittleren Jahren, die dem Mittelstande oder Arbeiterstande angehören. Bei Erkrankung des Mannes bezw. Vaters gerät hier die ihres Ernährers beraubte Familie bald in bittere Not; bei Erkrankung der Frau leidet bald der ganze Haushalt einschließlich Erziehung der Kinder in erheblichem Maße, und so ist es zu verstehen, daß die Angehörigen in ihrer Notlage öfter gar keinen anderen Ausweg finden, als unter allen Umständen den erkrankten Teil versuchsweise nach Hause zu nehmen.

In einem kleinen Teil der Fälle war die Scheu vor den Kosten das treibende Motiv zur vorzeitigen Herausnahme der Kranken, und in einem noch geringeren Teile war es endlich die Einsichtslosigkeit und ein gewisses Mißtrauen seitens der Angehörigen der Anstalt gegenüber.

Was die Dauer der Anstaltsbehandlung betrifft, nach welcher die Entlassung gefordert wurde, so ergibt sich, daß ungefähr die Hälfte der Entlassungen im dritten oder vierten Monat der Behandlung erfolgte. Die übrigen Entlassungen fielen in die Zeiten vorher oder nachher. Nach dem, was wir vorher über die hauptsächlichsten Gründe der vorzeitigen Entlassungen gesagt haben, erscheint es sehr erklärlich, daß die größte Zahl der Entlassungen gerade in den dritten und vierten Monat fällt, denn es ist wohl zu verstehen, daß in den hier in Betracht kommenden Familien die Notlage um diese Zeit schon eine Höhe erreicht hat, die mit aller Gewalt zu dem Schritte einer vorzeitigen Herausnahme aus der Anstalt drängt. Die kürzeste Zeit der Anstaltsbehandlung, nach der die Entlassung gegen Revers erfolgte, war ein halber Tag, die längste Zeit 3½ Jahre.

Was die Formen der Geistesstörung betrifft, bei denen wir uns veranlaßt sahen, die Vorsichtsmaßregel des Reverses anzuwenden, so finden wir so ziemlich alle Psychosen vertreten; es litten von den so Entlassenen an:

Männer.

Dementia praecox	12
Alkoholische Geistesstörung	8
Paralyse	4
Epilepsie	3
Melancholie	2
Manisch-depressives Irresein	1
zusammen	30

Frauen.

Dementia praecox	40
Melancholie	8
Dementia senilis	5
Paralyse	3
Epilepsie	3
Puerperalpsychosen	3
Manisch-depressives Irresein	3
Imbezillität	1
zusammen	66

Wie uns diese Tabellen lehren, gehören die meisten Kranken der Gruppe der Dementia praecox an. Es hängt dies, wie leicht erklärlich, damit zusammen, daß eben die Dementia praecox unter den in Behandlung stehenden Krankheitsformen bei weitem die häufigste ist. Auffallend häufig im Verhältnis zur Zahl der an dieser Störung überhaupt Behandelten kam die Entlassung gegen Revers bei den an alkoholischer Seelenstörung erkrankten Männern vor. Diese Kranken gehören, wie jeder Anstaltsarzt weiß, mit zu den schwierigsten und unbequemsten Elementen einer Anstalt. Unter dem Einflusse der völligen Enthaltsamkeit treten die akuten Erscheinungen, welche die Einlieferung in die Anstalt veranlaßten, ziemlich rasch zurück, und es rücken dann die bekannten degenerativen Züge (Reizbarkeit, anspruchsvolles Wesen mit Einsichtslosigkeit, Neigung zum Querulieren usw.) in den Vordergrund. Da die Besonnenheit erhalten ist, und diese Kranken sich auch vorübergehend recht gut zusammennehmen

können, so ist es für den Arzt vielfach recht schwierig, die Angehörigen von der Notwendigkeit einer längeren Anstaltsbehandlung zu überzeugen. Da der Arzt aber andererseits aus Erfahrung recht gut weiß, was er von der Versicherung solcher Kranken „künftig keinen Tropfen Alkohol mehr zu sich zu nehmen" zu halten hat, wenn nicht zum mindesten durch eine mehrmonatige Anstaltsbehandlung ihr Charakter etwas gefestigt ist, so ist es nicht ganz unzweckmäßig, sich durch Entlassung solcher Kranker gegen Revers vor unliebsamen Überraschungen zu schützen.

Die letzteren Betrachtungen führen uns zur Besprechung der Gründe, welche uns überhaupt bestimmten, verschiedene Kranke nur gegen Revers zu entlassen. Soweit diese Gründe in den Kranken selbst lagen, bedarf es keiner weiteren Ausführung, daß es sich um alle jene Momente handelte, die wir für gewöhnlich unter dem Begriff der Gemeingefährlichkeit zusammenfassen. Zuweilen können uns aber auch Gründe, welche außerhalb der Kranken liegen, zu einer Entlassung gegen Revers bestimmen, und hier kommen hauptsächlich die Eigenschaften der die Entlassung fordernden Angehörigen in Betracht. Es läßt sich recht gut denken, daß manche Kranke, die wir noch als gemeingefährlich ansehen, dennoch außerhalb der Anstalt leben können, wenn sie sich nur in einer verständigen Umgebung befinden, die auch ihren ganzen Zustand richtig beurteilt und ihr Verhalten demgemäß einrichtet. Zuweilen finden wir aber bei den Angehörigen eine erstaunliche Einsichtslosigkeit, die uns trotz aller Belehrungen und Vorstellungen nicht die geringste Gewähr für ein zweckmäßiges Verhalten dem Kranken gegenüber bietet, und es kann deshalb vorkommen, daß wir von solchen Angehörigen die Unterschrift des Reverses verlangen bei einem Kranken, den wir verständigen Angehörigen unbedenklich ohne Revers herausgeben würden.

Wir kommen nun zum wesentlichsten Teil unserer Besprechung, nämlich zur Untersuchung darüber, wie viele von den gegen Revers Entlassenen trotz der ärztlicherseits gehegten Bedenken in häuslicher Verpflegung bleiben konnten und wie viele der Anstalt wieder zugeführt werden mußten, weil sich die häusliche Verpflegung als unmöglich erwies. In letzterem Falle ist natürlich von großer Wichtigkeit die Länge der Zeit, welche seit der Entlassung gegen Revers verstrichen war. Wenn wir einen Kranken gegen Revers entlassen, dann nehmen wir eigentlich an, daß er noch unbedingt der Anstaltspflege bedarf, daß er also außerhalb der Anstalt — wenigstens in der jeweils in Betracht kommenden Umgebung — gar nicht, auch nicht für kurze Zeit, ohne Gefahr für sich oder andere verbleiben kann. Wenn es dann aber doch gelang, ihn wenigstens eine gewisse Zeit hindurch außerhalb der Anstalt zu halten, ehe eine Rückführung in die Anstalt notwendig wurde, dann müssen wir zugeben, daß wir seine Gemeingefährlichkeit überschätzt hatten. Als angemessener Zeitraum, der uns als Maßstab für die Beurteilung dieser ganzen Frage dienen kann, erscheint ein solcher von acht Tagen. Wenn innerhalb dieser Zeit ein gegen Revers Entlassener wieder der Anstalt zugeführt wird, dann können wir annehmen, daß sich die Entlassung nicht bewährt hat. Einen kürzeren Termin dürfen wir nicht wählen, denn einmal müssen wir ja mit der bekannten Tatsache rechnen, daß vielleicht durch die mit der Entlassung verbundene Versetzung in eine andere Umgebung für kurze Zeit ein vorübergehender Nachlaß der Krankheitserscheinungen eintritt, und zweitens werden die Angehörigen eine Rückführung in die Anstalt möglichst hinausschieben und unter allen Umständen versuchen, den Entlassenen außerhalb der Anstalt zu halten, sei es auch nur, damit der Arzt mit seiner Warnung nicht Recht behält. Länger wie acht Tage dürften sie aber die damit verbundenen Unbequemlichkeiten und Schwierigkeiten kaum ertragen, und wir nehmen deshalb an, daß bei einer Rückführung innerhalb von acht Tagen die Entlassung sich nicht bewährt hat. Nach diesem Gesichtspunkte stellen sich unsere Beobachtungen wie folgt dar:

Von den gegen Revers entlassenen 30 Männern wurden innerhalb acht Tagen nur zwei der Anstalt wieder zugeführt, und zwar ein Epileptiker nach einem Tag und ein Mann mit Spätkatatonie nach zwei Tagen. Im ganzen kamen von den 30 Entlassenen zur Wiederaufnahme in die Anstalt neun Männer, davon vier später als drei Monate nach der Entlassung (einer sogar nach $2\frac{1}{2}$ Jahren), so daß wir hier eigentlich von einer Wiedererkrankung sprechen müssen. Bei den übrigen 21 liegt die Entlassung jetzt schon durchgehends länger als Jahresfrist zurück.

Von den 66 gegen Revers entlassenen Frauen kamen überhaupt in die Anstalt zurück 22 Frauen. Davon innerhalb einer achttägigen Frist nur sieben, und zwar drei Fälle von Katatonie, drei Fälle mit einer nicht genau zu bestimmenden Unterform der Dementia praecox und ein Fall von Melancholie. Bei fünf Frauen erfolgte die Wiederaufnahme später als ein Jahr nach der Entlassung, und bei dem Rest handelt es sich um verschieden lange Zeiträume von mehreren Wochen bis zu $\frac{3}{4}$ Jahren.

Es ergibt sich demnach die überraschende Tatsache, daß bei den Männern nur gegen 6%, bei den Frauen 12% innerhalb von acht Tagen der Anstalt wieder zugeführt werden mußten, während ein großer Teil ganz gut längere Zeit außerhalb der Anstalt leben konnte und der bei weitem größte Teil bis jetzt überhaupt nicht mehr in die Anstalt zurückkehrte, d. h. also mit anderen Worten: Die Befürchtungen und Bedenken, die hier gegen die Entlassung der Kranken gehegt wurden, waren in den bei weitem meisten Fällen unnötig. Dies gilt auch, was noch besonders hervorzuheben ist, bezüglich der so sehr gefürchteten Melancholiker. Nach unserer obigen Zusammenstellung wurden zehn Kranke (zwei Männer und acht Frauen) mit Melancholie gegen Revers entlassen und davon wurden überhaupt nur zwei Frauen wieder in die Anstalt zurückgeführt, und zwar die eine Frau schon am nächsten Tage wegen zu starker Selbstmordneigung, die zweite nach vier Wochen.

Der naheliegende Einwand, daß ein Teil der gegen Revers entlassenen Kranken vielleicht in eine andere Anstalt gebracht worden ist, hat für unsere Verhältnisse keine Geltung; denn Privatanstalten kommen bei der sozialen Stellung, der unsere Kranken angehören, fast überhaupt nicht in Betracht, und auch eine Unterbringung in eine andere der vorhandenen öffentlichen Anstalten der Provinz ohne unser Wissen ist bei der bestehenden Einteilung in Aufnahmebezirke ausgeschlossen. Zudem hören wir häufig genug Näheres über unsere entlassenen Kranken durch die Angehörigen anderer Kranker, die aus der gleichen Gegend stammen, und bleiben somit über ihr Befinden und Verhalten unterrichtet. Wir haben auf diese Weise nicht ein einziges Mal gehört, daß etwa durch einen der gegen Revers entlassenen Kranken sich ein Unglücksfall ereignet hätte. Die nach Liliensteins*) Mitteilung in Sidney bestehende Einrichtung, wonach die Angehörigen von den aus der Anstalt Entlassenen bei einer Konventionalstrafe verpflichtet sind, die Kranken alle 8 bis 14 Tage in der Anstalt wieder vorzustellen, ist wohl etwas zu rigoros und dürfte sich schon mit Rücksicht auf die damit verbundenen Kosten bei uns nicht durchführen lassen. Dagegen wäre zu erwägen, ob man die Angehörigen nicht verpflichten könnte, wenigstens in der ersten Zeit nach der Entlassung schriftliche Nachrichten über das Befinden der Kranken in die Anstalt gelangen zu lassen; das bloße freiwillige Versprechen hierzu hat keinen Zweck, denn es wird erfahrungsgemäß doch fast nie eingehalten.

Fassen wir unsere Erfahrungen zusammen, so kommen wir zu dem Ergebnis, daß wir mit der Entlassung von Kranken im allgemeinen nicht zu ängstlich sein brauchen. Die oben aufgeführten Zahlen lehren, daß es mit vielen Kranken außerhalb der Anstalt meist viel besser geht, als wir vorher annahmen. Wir sollten namentlich nicht vergessen, daß der Anstaltsaufenthalt als solcher auf manche Kranke aufreizend und erregend wirkt. Es können manche Kranke innerhalb der Anstalt zu den unangenehmsten Elementen gehören und doch draußen sofort eine ganz überraschend günstige Änderung ihres Wesens zeigen. Mir steht in dieser Hinsicht noch immer aus früheren Jahren eine Kranke aus der Gruppe der Dementia praecox mit stark degenerativen Zügen in lebhafter Erinnerung, die ihre Umgebung innerhalb der Anstalt dauernd durch ihr Verhalten geradezu in Schrecken setzte. Als dem steten Drängen der Angehörigen auf Entlassung endlich nachgegeben wurde, zerschlug die Kranke noch im Wartezimmer, während die Entlassungsformalitäten erfüllt wurden, die Fensterscheiben und hielt sich dann trotzdem außerhalb der Anstalt dauernd gut.

Zum Schluß möchte ich noch an eine Bemerkung erinnern, die Bleuler*) vor Jahren in seiner Arbeit „Frühe Entlassungen“ gemacht hat. Nach diesem Autor wurden einmal in einer Anstalt die Fälle zusammengestellt, wo Kranke gegen den Rat der Ärzte herausgenommen wurden und dann ein Unglück angestellt hatten. Sie bildeten eine so geringe Minderzahl, daß man es vorzog, das Resultat nicht zu veröffentlichen.

*) Lilienstein, Münch. mediz. Wochenschrift, 1910, S. 1953.

*) Bleuler, Psych.-Neurol. Wochenschrift, 1905, S. 441.

Mitteilungen.

— **Attentat eines Geisteskranken auf einen Irrenarzt.** Aus Lemberg wird dem Neuen Wiener Tagblatt Wien, (16. März 1912) telegraphiert: Nachdem erst in der Vorwoche der geisteskranke, in der Irrenanstalt Kulparkow internierte Ingenieur Serafin Ilnicki auf einen Arzt ein Attentat verübt hatte, das glücklicherweise ohne ernste Folgen verlief, ereignete sich heute nachmittag in derselben Anstalt ein ähnlicher Vorfall, der ungleich folgenschwerer verlief. Vor einigen Wochen war der vom Gerichte der

Irrenanstalt überwiesene Gewohnheitsdieb Janik aus dem Irrenhause entwichen und hatte in der Zwischenzeit zahlreiche Diebstähle verübt, bis er gestern in der Stadt Przemyslany von Gendarmen ergriffen und heute in die Anstalt Kulparkow eingeliefert wurde. Auf dem Wege dahin äußerte er wiederholt, daß er den ersten Arzt, der ihm in den Weg kommen würde, töten werde. Er wurde deshalb sofort bei der Übernahme in der Anstalt gefesselt. Nachmittags wurde er dem diensthabenden Arzt Dr. Orczynski vorgeführt, der dem Kranken sofort die Fesseln abnehmen ließ. Als sich Dr. Orczynski umwendete, um die nötigen Eintragungen in das Aufnahmebuch zu machen, benutzte Janik den Moment, zog aus dem Schuh ein Messer heraus und versetzte dem Arzt zwei tiefe Stiche in das Hinterhaupt. Als sich Dr. Orczynski umwendete, brachte ihm der Rasende noch zwei Stiche im Gesicht bei, so daß dieser bewußtlos zusammenbrach. In diesem Augenblick erschien ein Wärter, der sich sofort auf Janik stürzte und ihn zu Boden warf, und solange festhielt, bis auf seine Hilferufe mehrere andere Pfleger herbeikamen, welche den wie rasend um sich schlagenden Attentäter fesselten und in eine Isolierzelle brachten. Dr. Orczynski wurde in seine Wohnung gebracht. Nach ärztlichem Ausspruche ist sein Leben ernstlich gefährdet. Janik waren bei seiner Festnahme zwei dolchartige Messer abgenommen worden, auf das dritte, das er im Schafte seines Schuhes verborgen hatte, war man nicht gekommen.

— **Die Jahresversammlung Bayerischer Psychiater** findet am 29. und 30. Juni 1912 in Regensburg und Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnaab statt. Referat: Psychiatrische Jugendfürsorge. Referenten: Herr Prof. Dr. Gudden und Herr Priv.-Doz. Dr. Isserlin-München. Am 29. Juni Sitzungen in Regensburg, am 30. Juni Besichtigung der neueröffneten 2. oberpfälz. Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof. Anmeldung von Vorträgen bis 31. Mai cr. erbeten an Prof. Alzheimer, München, Nußbaumstraße 7 oder Med.-Rat Vocke, Eglfing bei München.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh. bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser hierdurch bestens empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Dreizehnter Jahrgang. Nr. 53. 1911/12.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Albrechtstr. 46.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Stellengesuche.

An der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen ist eine **Assistenzarztstelle** zu besetzen. Gehalt 2000 bis 2500 M., steigend jährlich um 250 M. neben freier Station I. Klasse. Nach dreijähriger Dienstzeit ist definitive Anstellung als Anstaltsarzt möglich. Anrechnung auswärtiger Dienstzeit kann erfolgen.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Geheimer Sanitätsrat **Kayser.**

An der Nervenheilanstalt Speichersdorf bei **Königsberg** i. Pr. ist die

Assistenzarztstelle

zum 1. Juli 1912, auch früher, zu besetzen. Anfangsgehalt 2400 M. und freie Station I. Klasse. Meldungen an den Chefarzt Sanitätsrat Dr. Steinert erbeten. Psychiatrische Vorbildung erwünscht, aber nicht Bedingung.

An der Prov.-Idiotenanstalt in **Schleswig** ist sofort oder später die Stelle eines

Hilfsarztes

auf gegenseitige 3 monatige Kündigung zu besetzen. Gehalt 2500 M. bei vollständig freier Station.

Bewerber wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen einsenden an **den Direktor.**

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgende Seite.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Dr. R. Fischer's Kurhaus Neckargemünd b. Heidelberg

Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke.

Pension M. 800,— bis 500,— monatlich, 2. Klasse 200,—. Tel. Amt Heidelberg 314.

Leitender Arzt: **Dr. Adolf Hoppe.**

Sanatorium von Dr. Th. Brunner

Küsnacht am Zürichsee.

Aufnahme von **Nerven-** und **Gemütskranken, Morphium-** und **Alkoholentziehungskuren.** Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten.

Dr. med. Th. Brunner.

Heilanstalt Thonberg

(Leipzig) für Gemüts- u. Nervenkranke. Nahe Leipzig frei a. d. Höhe geleg., ländl. u. zugleich komfortabel, mit schatt. alt. Park u. wohlgepflegt. Gärten, reichl. Wasserversorg., eigen. Quellen, einer zentr. Gebäudegruppe und mehr. Villen, dabei das **Landhaus Mariabrunn.** Zahlr. Salons u. bedeckte Zwischengänge. Eig. Andachtskapelle. Alle Mittel für Kur u. Bequemlichk., für Beschäftig. u. Zerstreuung i. Hause. Equipag. Entfern. v. Leipzig per elektr. Bahn 12 Min. Telephon 1246. Näheres d. Prospekte. Hofrat **Dr. Lochner.**

Sanatorium Waldfrieden

Ziegenhals (Schles.)

für **Nervenkranke, Entziehungskuren** (Morph., Alc.) **Zweiganstalt für Minderbemittelte.** Psychotherapie, Anleitung zur Arbeit in Garten und Werkstätte. Alle physikalischen Heilmittel.

Dr. Jirzik.

Sanatorium Kurhaus Lindenfels

zwischen Darmstadt-Heidelberg 400 m hoch in schönster Waldgegend gelegen. Prospekte.

Sanitäts-Rat Dr. Klaus Schmitt, Nervenarzt.

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Geh. Sanitätsrat **Dr. Oebeke** und **Dr. von der Helm;** außerdem 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.

Medico-mechanisches Institut u. Wasserheilanstalt Kleinen (Mecklenburg)

Sanatorium für innere und Nervenleiden.

Das ganze Jahr geöffnet. Prospekt kostenfrei.

Leitender Arzt: Dr. **Armin Steyerthal.**

Stellengesuche.

Geb. Dame, in allg. Kranken- und Nervenpflege ausgebildet, mit besten Zeugnissen, wünscht Stellung als

Oberin

in Sanatorium, Heilanstalt od. dergl. Offerten unter **P. N. 2177** an die Expedition dieses Blattes.

An der westpreußischen **Provinzial-Irrenanstalt Konradstein** bei Preußisch Stargard, an der Ostbahn Berlin-Königsberg gelegen, 1400 Kranke, 10 Aerzte, ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt jährlich 2400 M, daneben Beköstigung I. Klasse, Wohnung mit Heizung und Beleuchtung und Wäschereinigung.

Die Anstellung erfolgt zunächst auf gegenseitige dreimonatige Kündigung, nach 3 Jahren findet lebenslängliche Anstellung als Anstaltsarzt statt. Meldungen erbeten an die Direktion.

An der Staatsanstalt Lewenberg, Heil- und Pflege-Anstalt für geistesschwache Kinder, zu Schwerin (Mecklbg.) ist baldmöglichst, spätestens zum 1. Juli d. J., die Stelle eines

Anstaltsarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt 4000 M., im Laufe von ungefähr 15 Jahren steigend auf 6400 M., erste Zulage unter Umständen schon nach 1 Jahr. Feste Anstellung mit Pensionsberechtigung der Staatsbeamten nach einjähriger befriedigender Dienstführung. Bewerbungen sind zu richten an den Anstaltsdirektor Medizinalrat Dr. **Jenz.**

Assistenzarzt

mit psych. Vorbildung gesucht zum Juni für Privatirrenanstalt b. Berlin. Anfangsgehalt 3000 M., b. fr. Stat. Offerten unter **W. W. 2187** an die Exp. d. Bl.

Stellung als Ärztediener

Tücht. gewesener Offiziersbursche, der mit Krankenpflege bestens vertrautist. Perf. i. Fach sowie Zimmerreinigen, 29 Jahre alt, 1,79 m groß.

Offert. unter **F. K. 300** an die Exp. d. Bl. erb.

PERDYNAMIN

Hämoglobin-Präparat, durch seinen hohen Gehalt an natürlichem Bluteisen als Kräftigungsmittel für Erwachsene u. Kinder vorzüglich bewährt. Besonders beliebt wegen seines guten Geschmackes u. seiner appetitanregenden Wirkung. Unschädlich für die Zähne u. leicht verdaulich.

LECITHIN-PERDYNAMIN

als Lecithin-Hämoglobin-Präparat zur Erhöhung des Hämoglobingehaltes im Blute und zur Kräftigung des Nervensystems ärztlich empfohlen. Vorzügliches, angenehm schmeckendes Nervennährmittel, das Phosphor und Eisen in leicht assimilierbarer Form dem Organismus zuführt.

Guajacol-Perdynamin

ein Guajacol-Hämoglobin-Präparat, ärztlich empfohlen bei Erkrankungen der Atmungsorgane, bei Lungenkatarrhen, Lungentuberkulose und Skrofulose.

Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O., Alexanderstr. 22

LÜDKE

Lindner & Co., Chemnitz

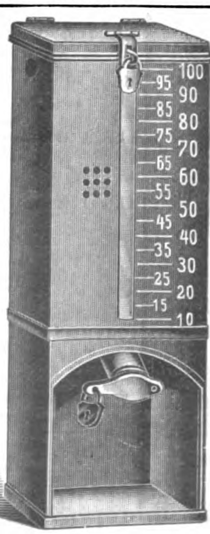
Fabrik medizinischer und steriler Verbandstoffe
∴ und pharmazeutischer Präparate. ∴

Verbandwatten, Polsterwatten, Zellstoffwatte, Holzwollwatten in allen Preislagen.

Bindenmulle in 40 m-Stücken oder gerollt.

Tupfermulle, Steifgazen, Cambrics, Nähutensilien und Drainagen. ✲ Bettstoffe, Eisbeutel, Fieberthermometer. Alle Pflaster und Salben.

Ausführliche illustrierte Liste gratis.



Keine Anstalt

die für ihre Küche größere Quantitäten **Lebensmittel** wie **Reis, Gries, Graupen, Kaffee, Hülsenfrüchte** usw. vorrätig hält, sollte versäumen, zur **sauberen, praktischen Aufbewahrung** derselben

Kind's eiserne Lagerfässer

mit trichterförmigem Boden und Auslaufrohr, oben und unten verschließbar anzuschaffen.

Kein Schmutz! Kein Ungeziefer! Kein Diebstahl!
Größte Sauberkeit und Raumersparnis!

Man verlange illustrierte Preisliste.

Otto Kind, Metallwarenfabrik, Kotthausen 35.
Kreis Gummersbach, Rhld.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Neuerscheinungen

Winter 1911/12.

Bittorf, Privatdozent Dr. A. Der Wasser- und Kochsalz-Stoffwechsel und seine Bedeutung für Pathologie und Therapie. Preis M. 1,50.

Haymann, Dr. Hermann. Selbstanzeigen Geisteskranker. Preis M. 1,—.

Hermann, Anstaltsarzt Dr. Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und bei kriminellen Degenerierten. Preis M. 2,10.

Hoffmann, Prof. Dr. Aug., Düsseldorf. Die Diättherapie bei Herzkrankheiten. Preis M. 1,40.

Jadassohn, Prof. Dr. J. Über Pyodermien, die Infektionen der Haut mit den banalen Eitererregern. Preis M. 1,80.

Klingmüller, Prof. Dr. V., in Kiel. Ueber die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes. Preis M. 1,—.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, herausgegeben von Prof. Dr. Sommer, Bd. VII, Heft 1. Preis pro Heft M. 3,—.

Laquer, Sanitätsrat Dr. L. Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Dauernde Rente oder einmalige Kapitalsabfindung. Preis M. 3,50.

Maier, Dr. Hans. Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung. **Oberholzer,** Dr. E. Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Preis M. 3,40.

Neißer, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Ueber moderne Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans. Preis M. 1,50.

Posner, Dr. C. Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente nach neueren Anschauungen. Preis M. 1,40.

Schittenhelm, Prof. Dr. A., und **Schmid,** Privatdozent Dr J. Die Gicht und ihre Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. 2. erweiterte Aufl. Preis M. 1,80.

Starck, Prof. Dr. H. Die Divertikel und Dilatationen der Speiseröhre. Mit 11 Abb. Preis M. 2,40.

Werner, Dr. G. Ueber die Fortschritte des Irrenwesens. IV. Bericht. Preis M. 1,50.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung oder direkt vom Verlag.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.